

Ikäihmisten kotona selviytymisen edistäminen liikuntaneuvonnan keinoin

Liikuntaneuvonnan toimintamallin kehittäminen

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Hyvinvoinnin ja liiketalouden osaamisala
Kuntoutuksen koulutusohjelma
Opinnäytetyö, YAMK
08KUN13Y
Kevät 2015
Pilvi Nieminen

Lahden ammattikorkeakoulu
Kuntoutuksen koulutusohjelma, ylempi AMK

NIEMINEN, PILVI:

Ikäihmisten kotona selviytymisen edistäminen liikuntaneuvonnan keinoin
Liikuntaneuvonnan toimintamallin kehittäminen

Kuntoutuksen YAMK opinnäytetyö, 100 sivua, 8 liitesivua

Kevät 2015

TIIVISTELMÄ

Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen tarkoituksena oli Hausjärven kunnan kotihoidon, Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymän Hausjärven kotisairaanhoidon ja Attendo Terveyspalvelun Hausjärven terveysasemien vastaanottojen hoitohenkilökunnan liikuntaneuvontataitojen kehittäminen. Kehittämishankkeen tavoitteena oli kuvata hoitohenkilökunnan liikuntaneuvonnan nykyosaamista ja tuottaa yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa liikuntaneuvonnan toimintamalli liittyen ikäihmisten kotona selviytymiseen ja kaatumisten ehkäisyyn. Kehittämishankkeen aihe valikoitui työelämän muutostarpeiden pohjalta ja on ajankohtainen, koska liikuntaneuvonnan tehokkuuteen ja sen käytön vähäisyyteen perusterveydenhuollossa on aloitettu kiinnittämään huomiota.

Kehittämishankkeen lähestymistapana oli toimintatutkimus. Tutkimusmenetelmänä oli kyselytutkimus, jolla saatiin tietoa hoitohenkilökunnan liikuntaneuvontaosaamisen nykytilasta. Suljettujen kysymysten vastaukset analysoitiin suorina jakaumina ja avointen kysymysten vastaukset analysoitiin soveltavalla sisällönanalyysillä. Kyselyn tuloksista ilmeni, että hoitajilla oli vaihtelevan tasoista tietoa liikuntaneuvonnasta ja kaatumisten ehkäisyssä osattiin huomioida hyvin turvalliseen liikkumiseen liittyvät tekijät. Kyselyn tuloksia hyödynnettiin kehittämisiltapäivässä, jossa oli tietoa antava alustus ennen liikuntaneuvonnan toimintamallin luomista learning cafe -menetelmän avulla. Liikuntaneuvonnan toimintamallia kokeiltiin käytännössä syyskuusta 2014 tammikuuhun 2015, jolloin toimintamallista ja kehittämishankkeesta pidettiin vapaamuotoinen palautekeskustelu.

Kehittämishankkeen heikkouksina olivat tiedonkulkuongelmat ja sitoutuminen yhden työyhteisön osalta. Kehittämishankkeen vahvuutena oli yhdessä tehty käytännöllinen liikuntaneuvonnan toimintamalli, joka lisäsi liikuntaneuvontaa ja kaatumisvaara-arvioiden tekemistä. Näiden tekijöiden avulla tunnistetaan kotona selviytymistä heikentäviä tekijöitä ja niihin osataan vaikuttaa niin, että ikäihmiset pystyvät asumaan mahdollisimman pitkään omissa kodeissaan ilman vaativampia sosiaali- ja terveystieteiden palveluita.

Asiasanat: liikuntaneuvonta, kotona selviytyminen, ikääntyminen, kaatuminen.

Lahti University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Rehabilitation

NIEMINEN, PILVI:

Promoting elderly people's coping at home with ways of physical activity counseling
Developing a physical counseling approach

Master's Thesis in Rehabilitation, 100 pages, 8 pages of appendices

Spring 2015

ABSTRACT

The purpose of this research-development project was to develop nurses' physical activity counseling skills in Hausjärvi municipal home care, health care federation of municipalities in the region of Riihimäki in Hausjärvi home nursing and Attendo Terveyspalvelu in Hausjärvi primary health care center's reception. The aim was to describe the current nursing physical activity counseling skills and produce together with nurses a physical activity counseling approach related to the survival of the elderly at home, and falls prevention. The theme was chosen based on the needs of working life change and it is topical, because the effectiveness of physical activity counseling and its use in primary health care has started to receive attention.

The development project's approach method was an action research. The research method was a survey study, which yielded information on the current state of nursing staff physical activity counseling skills. The answers of the questionnaire were analyzed by direct distribution of the closed questions, and by a content analysis of the open questions. The survey results showed that the nurses had varying degrees of information on physical activity counseling, ability of function was regarded primarily as a physical function, and safe movement-related factors were considered very well in fall prevention. The survey results were utilized during a development afternoon course, where an informative briefing was given before creating the physical activity counseling approach through a learning café method. The physical activity counseling approach was tested in practice from September 2014 to January 2015 by arranging a free-form feedback conversation.

The weaknesses of this development project were the flow of information problems and the lack of commitment of one working community. Its strength was practical physical counseling approach and increased use of physical activity counseling and evaluation of the risks of falling. These factors help to identify the factors which impair coping at home and also help to affect risk factors so that an elderly person could be at home as long as possible without requiring social and health services.

Key words: physical counseling, coping at home, aging, falling.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT	3
2.1	Organisaatiokuvaus	3
2.2	Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoite	6
3	IKÄIHMISTEN ARJEN MUUTOKSIA	7
3.1	Ikääntymismuutosten moninaisuus	7
3.2	Toimintakyky ja kotona selviytyminen	10
3.3	Kaatumisten riskit, seuraukset ja ehkäisy	15
4	LIIKUNTANEUVONNAN RAJAPINTOJA	20
4.1	Liikuntaneuvonta käsitteenä ja käytännössä	20
4.2	Terveysten edistäminen liikuntaneuvonnalla	25
4.3	Liikuntaneuvonnan vaikutuksia kotona selviytymiseen	27
5	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS	32
5.1	Lähestymistapana toimintatutkimus	32
5.2	Kyselyt perustelut	37
5.3	Kyselyn toteutus ja vastausten analysointi	41
5.4	Liikuntaneuvonnan toimintamallin luominen	43
5.5	Vapaamuotoinen palautekeskustelu	46
6	KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET	47
6.1	Kyselyn tulokset	47
6.2	Liikuntaneuvonnan toimintamalli	52
6.3	Vapaamuotoisen palautekeskustelun anti	56
7	POHDINTA	58
7.1	Johtopäätökset	58
7.2	Liikuntaneuvonnan toimintamallin arviointi	64
7.3	Prosessin arviointi	67
7.4	Luotettavuus ja eettisyys	73
7.5	Jatkokehittämisideat	77
	LÄHTEET	79
	LIITTEET	101

1 JOHDANTO

Suomessa yli 65-vuotiaiden määrä lisääntyy 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä nykyisestä 18 prosentista (Suomen virallinen tilasto 2012). Väestön ikääntyessä palveluiden tarve kasvaa, sillä ikäihmiset tarvitsevat monialaiset palvelut lähelle oikea-aikaisesti. Palveluprosessien uudistus on tärkeää rakenneuudistusten rinnalla, jotta sosiaali- ja terveysmenoja voitaisiin hillitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013a, 5, 15.) Edellisen hallituksen aikana on säädetty niin kutsuttu vanhuspalvelulaki, joka painottaa ikäihmisten palveluja suunniteltaessa kotona asumisen tukemista ja kuntoutuksellisia toimenpiteitä. Tähän lakiin on liitetty terveydenhuoltolain kumotun 20 §:n sisältö. Kunnan on järjestettävä vanhuuseläkkeeseen oikeutavassa iässä oleville oikea-aikaisia neuvontapalveluita, jotka tukevat muun muassa ikäihmisten toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista kotona. Laissa tarkoitettuihin palveluihin pitää sisällyttää toimintakykyä ja terveyttä heikentävien ongelmien tunnistaminen ja tuki. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012, 5 §, 12 §.)

Valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuhteen eli Kaste-suhteen yhtenä tavoitteena on ongelmien ehkäiseminen sekä väestön kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 10). Liikuntaneuvonnan kehittäminen on huomioitu tärkeänä osana sosiaali- ja terveysministeriön sekä opetus- ja kulttuuriministeriön valtakunnallisia linjauksia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013b, 36–44). Terveyden edistämisessä liikuntaneuvonnalla on todettu olevan suotuisia vaikutuksia ikäihmisten toimintakykyyn ja kotona selviytymiseen. Ikäihmisten kokonaisvaltaisen toimintakyvyn ylläpitäjänä ja edistäjänä fyysisellä aktiivisuudella on tärkeä rooli. (Pajala 2012, 62; von Bonsdorff 2009, 77; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 13.)

Osaavalla liikuntaneuvonnalla pystytään vaikuttamaan ikäihmisten kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn ja samalla edistetään arjen sujuvuutta (Kivimäki & Tuunanen 2014, 23). Sakarin mukaan asiantuntemuksensa vuoksi fysioterapeuttien vastuulle sopii hyvin ikäihmisten heikkenevän liik-

kumiskyvyn ehkäisy ja kuntoutuksen kehittäminen (Sakari 2013a, 9). Tämä fysioterapeutin toteuttama tutkimuksellinen kehittämishanke on pyrkinyt omalta osaltaan uudistamaan hausjärveläisten ikäihmisten terveystalveluprosessia kotona selviytymisen tukemiseksi.

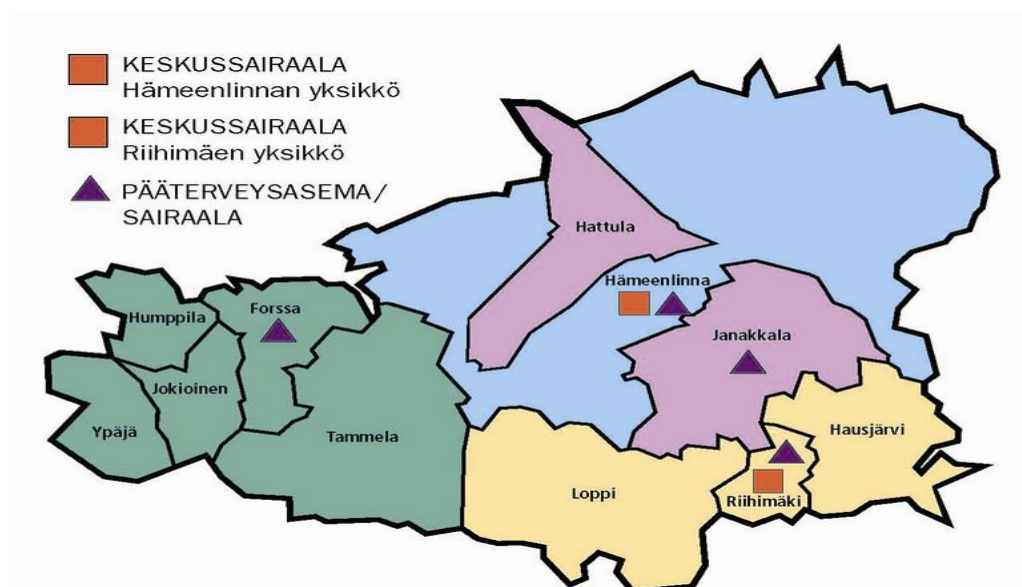
Kehittämishankkeen tarkoituksena oli kotihoidon, kotisairaanhoidon ja vastaanoton hoitohenkilökunnan liikuntaneuvontataitojen kehittäminen. Kehittämishankkeen tavoitteena oli kuvata hoitohenkilökunnan liikuntaneuvonnan nykyosaamista ja tuottaa yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa liikuntaneuvonnan toimintamalli liittyen ikäihmisten kotona selviytymiseen ja kaatumisten ehkäisyyn.

Toteutin kehittämishankkeen tutkimuksellisen osuuden kyselyllä, jonka vastaukset analysoin avointen kysymysten osalta soveltavalla sisällönanalyysillä ja suljettujen kysymysten osalta suorilla jakaumilla. Kehittämishankkeen työelämää kehittävän osuuden toteutin learning cafe -menetelmällä ja vapaamuotoisella palautekeskustelulla. Näiden osuuksien avulla mahdollistui työelämän kehittämisen keskeisimmät tavoitteet: uuden tiedon siirtyminen ja asiantuntijuuden jakaminen osaksi työyhteisöä (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 15). Kehittämishankkeen aihe pohjautui työelämässä esille tulleisiin muutostarpeisiin ja ajankohtaisuuteen, sillä perusterveydenhuollossa liikuntaneuvontaa tulisi käyttää enemmän (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013b, 38; Vuori 2013, 1755). Kuntatasolla liikuntaneuvonta on ajankohtainen asia, koska kehittämishankkeen aloitusvuonna 2013 Hausjärven kunnasta on vastattu valtakunnalliseen Kunnossa Kaiken Ikää (KKI) -ohjelman Liikuntaneuvonnan tila kunnissa -kyselyyn (Kivimäki & Tuunanen 2014, 50).

2 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Organisaatiokuvaus

Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymän muodostavat Riihimäen kaupunki sekä kunnat Loppi ja Hausjärvi. Kuntayhtymä kuuluu Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin alueeseen. Sen jäsenkuntien terveystieteiden alueet ovat Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä, Hämeenlinnan Terveyspalvelut -liikelaitos, Janakkalan-Hattulan perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alue ja Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymä (Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri). Riihimäen seudulla oli 46 456 asukasta ja koko sairaanhoitopiirin 11 jäsenkunnan alueella oli 175 350 asukasta 31.12.2014. Vuonna 2014 Hausjärvellä oli 8 815 asukasta, joista yli 65-vuotiaita oli 18 prosenttia. (Suomen virallinen tilasto 2015.) Kuviosta 1 selviää sairaanhoitopiirin jäsenkunnat ja niiden sijoittuminen kartalla.



KUVIO 1. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin jäsenkunnat (Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri)

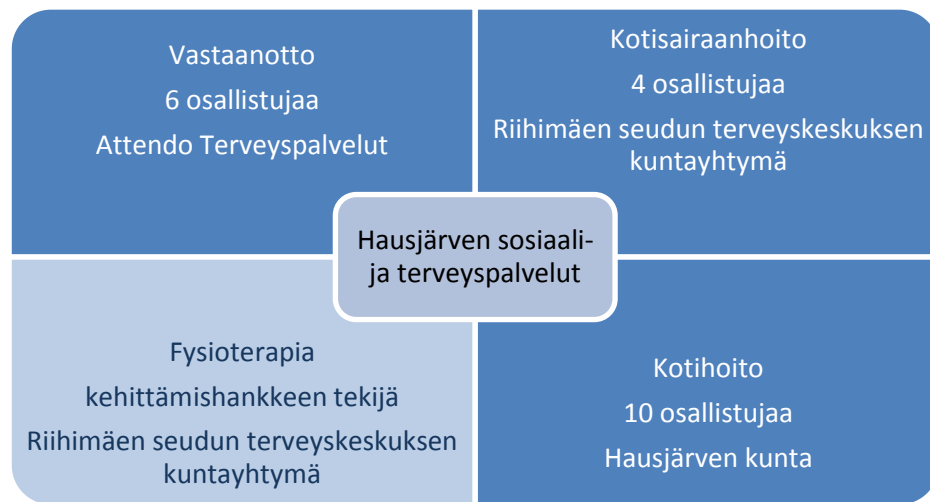
Hausjärven terveysasemat sijaitsevat Ryttylässä ja Oitissa. Kotihoidon ja kotisairaanhoidon toimistot ovat Oitin terveysasemalla. (Hausjärvi.) Kotisairaanhoidon työntekijät ovat Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymän palveluksessa. Kotisairaanhoidon toiminta-ajatuksena on asiantunteva terveyttä edistävä hoitotyö ja tarpeenmukainen tiimityö kotihoidon kanssa. Asiakas osallistuu aktiivisesti oman hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Kotisairaanhoido.) Hausjärvellä työskentelee neljä kotisairaanhoidajaa (S. Valaja-Jokinen, henkilökohtainen tiedonanto 4.3.2014).

Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymä on ulkoistanut palvelut Hausjärven terveysasemien lääkäreiden ja hoitajien vastaanottojen osalta Attendo Terveyspalvelulle. Lääkäreiden lisäksi Hausjärvellä työskentelee yksi lähihoitaja ja viisi sairaanhoitajaa (T. Halonen, henkilökohtainen tiedonanto 3.3.2014). Attendon toiminnan tavoitteena on lisätä ihmisten terveyttä ja hyvinvointia sekä kehittää toimintamalleja ennakkoluulottomasti (Attendo Terveyspalvelut Oy).

Hausjärven kunnan kotihoito, entinen kotipalvelu, kuuluu kunnan perusturvan alaisuuteen. Kotihoidon tavoitteena on mahdollistaa kotona asuminen turvallisesti toimintakykyä ylläpitävällä ja edistävällä kuntouttavalla työotteella. Hoito perustuu asiakkaan ja omaisten kanssa laadittuun hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Henkilökuntaan kuuluu lähihoitajia ja kodinhoitajia. (Kotipalvelu.) Kotihoidossa on 24 työntekijää (L. Ollila, henkilökohtainen tiedonanto 7.1.2014). Hausjärven kotihoidossa on toivottu koulutusta kaatumisten ehkäisyyn liittyvistä asioista, sillä Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä on ollut kaatumisten ehkäisyprojekti. Riihimäen terveystieteiden keskus on ollut projektissa mukana vuodesta 2012 lähtien. Hausjärven kotisairaanhoidossa ja terveysasemien vastaanotoilla on otettu kaatumisten ehkäisyn toimintamalli käyttöön keuhkokuumeella 2013. (Lätti, Sihvonen, Myllyntausta, Ruohonen & Penttinen 2013, 30–31.)

Hausjärven kotisairaanhoidon ja terveysasemien vastaanottoihin on tehty ohjeet kaatumisten ehkäisystä. Vastaanoton ohjeessa mainitaan liikuntaneuvonta ja kotisairaanhoidon ohjeessa neuvotaan keskustelemaan ikäihmisten kanssa liikunnan merkityksestä. Ikäihmisille ohjataan antamaan yli 65-vuotiaiden terveysliikuntasuositus (liite 1), mikäli kaatumisvaaran (Falls Risk for Older People = FROP) arviointilomakkeesta saadut pisteet ovat alle neljän eli kaatumisriski on lievästi kohonnut. (Penttinen 2013.) FROP-lomake (liite 2) on lyhyt kaatumisvaaran arviointilomake kotona asuville ja kaatumishistorian lisäksi FROP-lomakkeella arvioidaan päivittäistä toimintakykyä ja tasapainoa (Pajala 2012, 146).

Toimiessani fysioterapeuttina Hausjärvellä huomasin käytännössä sen, että kaatumisten ehkäisyn toimintamallia toteutettiin sen merkityksellisyydestä huolimatta erittäin vähän. Tämän vuoksi aiheekseni valikoitui kaatumisten ehkäisyn toimintamallia tukeva ja liikuntaneuvontaa lisäävä kehittämishanke. Siihen osallistuneet hoitajat olivat kolmen eri työnantajan palveluksessa Hausjärvellä. Eri työyhteisöistä tulevien hoitajien osallistuminen oli tärkeää, jotta ikäihmisten liikuntaneuvonnan palveluprosessi on toimiva sekä yhteneväinen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Koivuniemen ja Suutarin (2010, 28) mukaan toimivan liikuntaneuvonnan edellytyksenä on eri toimialojen yhteistyö. Kuviossa 2 on kuvattu kehittämishankkeeseen osallistuneiden toimipisteet, määrät ja työnantajat.



KUVIO 2. Kehittämishankkeeseen osallistuneet

2.2 Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoite

Kehittämishankkeen tarkoituksena on kotihoidon, kotisairaanhoidon ja vastaanoton hoitohenkilökunnan liikuntaneuvontataitojen kehittäminen.

Kehittämishankkeen tavoitteena on kuvata hoitohenkilökunnan liikuntaneuvonnan nykyosaamista ja tuottaa yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa liikuntaneuvonnan toimintamalli liittyen ikäihmisten kotona selviytymiseen ja kaatumisten ehkäisyyn.

3 IKÄIHMISTEN ARJEN MUUTOKSIA

3.1 Ikääntymismuutosten moninaisuus

Ihmisen vanhentuessa hänestä on mahdollista käyttää useita nimityksiä kuten ikäihminen, ikääntynyt, seniori, vanhus, kolmannessa tai neljännessä iässä oleva ja eläkeläinen. Ikäihminen käsitteenä on oikea ja asianmukainen sana, mutta toisaalta käsitykset muuttuvat nopeasti ja tarkoittavat eri-ikäisiä ihmisiä, esimerkiksi urheilukilpailuissa ikänainen käsitetään yli 35-vuotiaaksi. (Tiihonen 2014, 149.) Ikäihminen koetaan hyväksi nimitykseksi useammassa ikäryhmässä ja molempien sukupuolien osalta (Fogelholm, Haapola, Absetz, Heinonen, Karisto, Kasila ym. 2007, 23–24). Tässä kehittämishankkeessa käytän sanaa ikäihminen tarkoittaen yli 60-vuotiaita, koska osassa käyttämistäni lähteistä ikävuosien alarajana on ollut 60 vuotta.

Vanheneminen tuo heikentäviä vaikutuksia aistitoimintoihin, psykomotorisiin eli kehon ja mielen yhteistoimintoihin sekä tuki- ja liikuntaelimestön toimintoihin (Sakari 2013a, 9). Näkö heikkenee ikääntyessä esimerkiksi siihen liittyvän silmänpohjan rappeuman takia (Tan, Wang, Flood, Rochtchina, Smith & Mitchell 2008, 335–336) ja kontrastiherkkyuden vähentymisen vuoksi (Glass 2007, 236). Hämäränäön huononeminen liittyy kontrastiherkkyuden vähentymiseen (Reinstein, Archer, Couch, Schroeder & Wottke 2005, S536). Näön lisäksi kuulo ja tunto heikkenevät ikääntyessä aivoissa tapahtuvien muutosten myötä (Tremblay, Zettel, Ison, Allen & Majewska 2012, 545–555). Aistitoimintojen heikentyminen vaikuttaa kognitioon eli älyllisiin toimintoihin vanhetessa, sillä erityisesti näön tarkkuuden lasku liittyy kohtalaisesti älylliseen toimintakykyyn. Ikääntyessä tapahtuu useita pieniä muutoksia, jotka vaikuttavat monin tavoin ikäihmisten käytöseen. (Lindenberger & Ghisletta 2009, 4–8; Glass 2007, 236–237.)

Ikäihmisillä uuden asian opettelu tai lähteminen juhliin vieraalle paikkakunnalle voivat olla haasteellisia havaintomotorisen toiminnan heikentymi-

sen vuoksi. Ruoppilan mukaan liikkuminen oudossa ympäristössä tai uuden asian opettelu vaatii havaintomotoriselta toiminnalta uudelleen järjestäytymistä. Havaintomotorinen toiminta on enimmäkseen tiedostamatonta ja automaattista toimintaa, sillä aistit kokoavat tietoa ympäristöstä ilman erillisiä tahdonalaisia käskyjä. Havainnot kulkevat keskushermoston kautta, joka antaa kehon eri osille tilanteisiin sopivia käskyjä liikkeiden sujumiseksi ongelmitta. Tämä toiminta heikkenee ikääntyessä, koska aistien tuomat viestit heikkenevät sekä lihasvoima ja suoritusnopeus vähenevät, jolloin aistihavaintojen ja motoriikan yhdistäminen hidastuu sekä vaikeutuu. (Ruoppila 2014, 41–42.)

Keskushermoston, aistitoimintojen sekä tuki- ja liikuntaelinten toiminta vaikuttaa tasapainoon (McCollum & Hanes 2010, 1544–1545, 1547–1548). Näiden toimintojen ikääntymismuutosten myötä tasapaino heikkenee usean tekijän summana kuten hengityselimistön toimintakin. Se heikentyy rintakehän joustavuuden vähentymisen sekä lihas- ja asennon muutosten myötä. Vanhetessa nivelten liikkuvuus pienenee kudosten joustavuuden vähentyessä ja lihasvoima heikkenee 65 ikävuoden jälkeen noin kaksi prosenttia vuodessa. (Vuori 2011, 89–91.) Luuston vahvuutta voi harjoitusten avulla jonkin verran ylläpitää aikuisiässä, mutta parhaimmat luuston vahvistamisvuodet ovat menneet teini-ikään jälkeen, koska silloin luiden kasvu päättyy (Nikander, Sievänen, Heinonen, Daly, Uusi-Rasi & Kannus 2010; Nikander, Karinkanta, Lepola & Sievänen 2006, 12).

Luustoon vaikuttavan D-vitamiinin tarve lisääntyy ikääntyessä (Heaney 2008, 1538) ja sen saanti on parantunut ikäihmisillä lukuun ottamatta ikä naisia, jotka eivät käytä D-vitamiinivalmisteita (Helldán, Tapanainen, Raulio, Männistö & Virtanen 2013, 112). Kalsiumin saanti vähenee ikääntyessä ja sen saanti on suosituksiin nähden riittävä (Helldán, Kosola & Raulio 2013, 81–82). Tupakointi ja alkoholin käyttäminen vähenevät ikääntyessä, mutta alkoholin suurkuluttajien määrä mahdollisesti kasvaa. Liikunnan harrastaminen vähenee iän myötä sitä hankaloittavien tekijöiden lisääntyessä.

Miesten osalta vähäinen liikkuminen ja toimeentulo ovat sidoksissa toisiinsa ikääntyessä. (Sulander 2013, 26, 33–34.)

Vanhetessa säännöllinen liikkuminen vähentyy ja liian vähän sekä rauhallisesti liikkuvien määrä lisääntyy (Husu, Paronen, Suni & Vasankari 2011, 46). Sulanderin (2013, 32, 35) mukaan ikäihmiset muuttavat elintapojaan terveydelle suotuisammiksi ikääntyessään ja heidän elintapansa ovat suurimmaksi osaksi muuttuneet terveellisemmiksi tällä vuosituhanella. Elintapaohjauksella voi vaikuttaa ikäihmisten älyllisen toimintakyvyn parantamiseen sekä sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden hallintaan (Ngandu, Lehtisalo, Salomon, Levälahti, Ahtiluoto, Antikainen ym. 2015).

Elintavoilla on merkitystä ikäihmisten kotona selviytymiseen erityisesti fyysisen aktiivisuuden ja ravitsemuksen osalta (Loh, Hairi, Choo, Hairi, Peramalah, Kandiben ym. 2015). Fyysisellä inaktiivisuudella kuten esimerkiksi television katselulla on yhteys keskivartalolihavuuteen (Smith, Fisher & Hamer 2015). Television katselu lisääntyy ikääntyessä (Finnpanel 2014) ja sillä on vaikutusta kuolleisuuteen selkeämmin kuin muulla istumisella (Vasankari 2014, 1870).

Eläkkeelle siirryttäessä fyysisen aktiivisuuden muutokset ovat yksilöllisiä, vaikka fyysinen aktiivisuus voi merkittävästi vähentää sairastumisriskiä (McDonald, O'Brien, White & Sniehotta 2015). Ikäihmisillä sairaudet lisääntyvät, sillä määrättyjä lääkkeitä käytetään enemmän vanhempana. Kaatumisriskit lisääntyvät useiden sairauksien, vähäisen liikkumisen ja monilääkityksen seurauksena. Lääkkeiden yhteisvaikutuksella on heikentävä vaikutus toimintakykyyn. (Pajala 2006, 34, 52.)

Verenpainetauti ja vyötärön ympäräyksen leveys ovat yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn ja toimintakyvyllä on yhteys kaikkiin elintapoihin, diabetekseen sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksiin (Sulander 2013, 29). Käypä hoito -suosituksen (2014b) mukaan verenpaine nousee iän myötä. Ikääntymismuutosten kuten selkärangan painumisen ja kehonkoostumuksen muut-

tumisen myötä vyötärönympärys suurenee ja painoindeksi nousee, vaikka ikäihmisten paino vähenee heidän vanhetessaan (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 39).

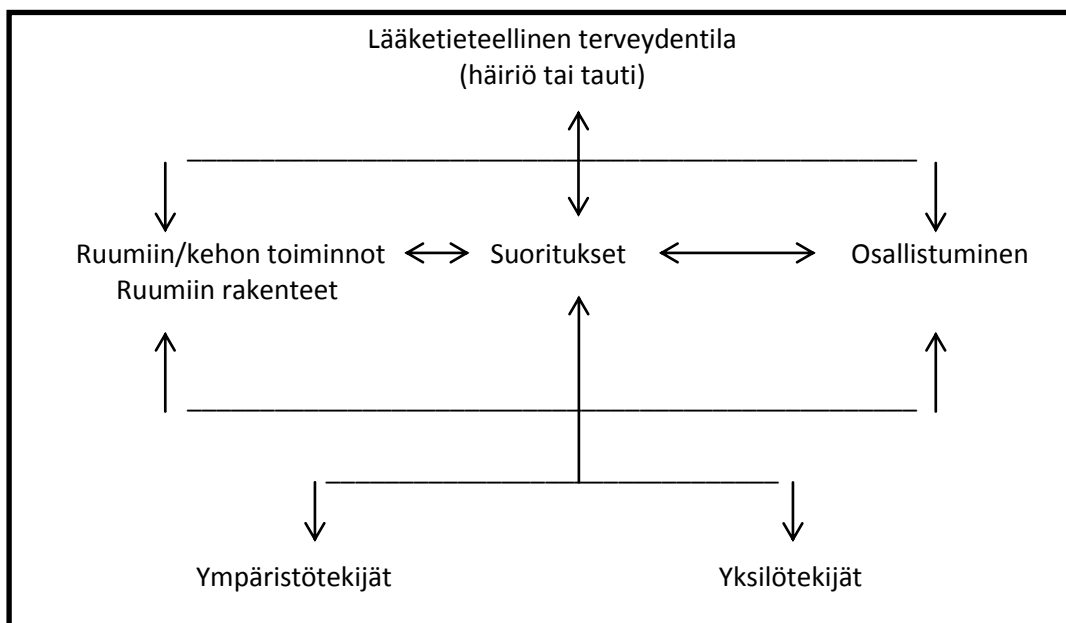
Toimintakyvyn ongelmat yleistyvät ikääntyessä, sillä esimerkiksi liikkumiskyky on rajoittunut lähes kolmanneksella yli 62-vuotiaista ja joka viides 80 vuotta täyttänyt nainen on yksinäinen ja sosiaalisesti passiivinen. Taloudelliset toimeentulovaikeudet haittaavat joka neljättä 63 vuotta täyttänyttä selviytymään arjen perustarpeiden kustannuksista. Sosioekonominen tausta sekä asuinalue vaikuttavat ikääntyessäkin terveyteen ja toimintakykyyn. Palveluiden tarve kasvaa vanhetessa ja kaikki eivät koe saavansa tarvitsemaansa palvelua. (Murto, Sainio, Pentala, Koskela, Luoma, Koponen ym. 2014, 111–112.) Ikääntyessä tapahtuu palvelutarpeiden muuttumista. Vanhimmat ikäryhmät käyttävät enemmän perusterveydenhuollon ja palveluasumisen palveluja kuin nuoremmat, jotka käyttävät runsaammin erikoissairaanhoidon palveluja. (Rättö, Linnosmaa & Kapiainen 2014, 50.)

3.2 Toimintakyky ja kotona selviytyminen

Vuonna 1976 Nagi on määritellyt patologian, vajaatoiminnan ja niihin liittyvien toiminnallisten ongelmien aiheuttaman toimintakyvyttömyyden pohjalta toimintakykyä. Toimintakyky on nähty fyysisenä ja emotionaalisena suorituskykynä sekä kykynä tehdä töitä ja elää itsenäisesti. (Nagi 1976, 443–447, 451–455, 462–465.) Nagin luoman käsitekaavion sekä maailman terveysjärjestön kansainvälisen tautiluokituksen (ICIDH) pohjalta Verbrugge ja Jette loivat toimintakyvyttömyyden sosiaalisen ja lääketieteellisen mallin kliiniseen ja epidemiologiseen tutkimukseen. Malli on eräänlainen prosessi, jossa kuvataan sairauksien vaikutuksia muun muassa kehon ja arjen toimintoihin. Mallissa kuvataan monitahoisia yksilö- ja ympäristökijöitä, joilla on merkitystä toimintakykyyn. (Verbrugge & Jette 1994, 1–8, 12.) Yksilön, sosiaalisuuden ja ympäristön vaikutukset fyysisten toimintojen onnistumiseen sekä näiden merkitys toimintakykyyn heijastuu myös maailman

terveysjärjestön (WHO) julkaisemaan kansainväliseen toimintakykyluokitukseen (Pitney & Parker 2009, 190).

Kansainvälisen toimintakykyluokituksen (ICF) mukaan toimintakyky nähdään lääketieteellisen terveydentilan, ympäristö- ja yksilötekijöiden välisenä vuorovaikutuksena. Yksilön tekemiin suorituksiin vaikuttavat hänen ruumiinsa rakenne ja toiminnot sekä osallistuminen. Ympäristötekijät vaikuttavat siihen, miten yksilö pystyy toimimaan ympäristössä. Yksilö voi vaikuttaa ympäristötekijöihin ja kaikki tekijät vaikuttavat yksilön lääketieteelliseen terveydentilaan. (Stakes 2013, 18.) Tätä vuorovaikutuksellisuutta havainnollistaa kuvio 3.



KUVIO 3. Kansainvälisen toimintakykyluokituksen osatekijöiden väliset suhteet (Stakes 2013, 18)

Toimintakyky voidaan ajatella myös kykynä selviytyä kotona. Ikäihmisillä kotona selviytymistä tukevat menneisyyden, aktiivisuuden ja sinnikkyuden hyödyntäminen voimavaroina, kyky huolehtia omista asioistaan kotona sekä sen ulkopuolella ja sosiaalisten suhteiden omaaminen (Lahti 2004, 27, 33–34, 51). Ikäihmisten kotona selviytymisen suurimpia haasteita ovat kivut, sairaudet ja kulkemisongelmat (Heletoja 2009, 37; Lahti 2004, 27, 51). Näiden haasteiden voittamiseen vaikuttaa muun muassa ikäihmisten fyysinen toimintakyky. Sen osatekijöitä ovat hapenottokyky, nivelliikkuvuus, havaintomotoriikka, lihasvoima, luuston vahvuus ja kehon koostumus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 29.) Fyysisen toimintakyvyn kuvaajana on esimerkiksi kävelynopeus, johon vaikuttavat kaikki edellä mainitut osatekijät. Ikäihmiset menettävät fyysistä toimintakykyään vuodelevossa nopeammin kuin nuoret, sillä ikäihmisillä on vähäisempi lihasvoima ja lihasmassan määrä. (Sakari 2013a, 5–6, 8–9.)

Ikääntyessä sairaalajaksojen määrä lisääntyy (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014, 11) ja samalla vuodelepo, koska useimmat sairaalahoidossa olevat jäävät vuoteeseen passivoivan hoidon vuoksi (Timonen, West & Riusala 2014, 1163). Liikkumiskyvyn heikentymiseen vaikuttavat monet tekijät, joihin on mahdollista vaikuttaa fyysisellä harjoittelulla ja muilla ehkäisevillä toimenpiteillä (Sakari 2013b, 93). Sairaalajaksoilla kuntouttava hoitotyö on yksi ehkäisevä toimi, jolla fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä voi ehkäistä (Timonen ym. 2014, 1164).

Fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen ehkäisy on tärkeää, koska ikäihmisten itsenäinen selviytyminen kotona heikentyy pienenkin toimintakyvyn muutoksen tai lisäheikentymisen vuoksi (Suni & Vasankari 2011, 42). Fyysisen aktiivisuuden lisäys parantaa tasapainoa sekä kävelyä ja näillä on mahdollisesti vaikutusta sairaalajaksojen vähentymiseen ja elämänlaadun parantumiseen (Kerse, Elley, Robinson & Arroll 2005, 1955). Toimintakyvyyttömyydestä kuntoutumista, päivittäisistä välineellisistä toiminnoista (IADL) selviytymisistä ja fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä voidaan

merkittävästi ennustaa ikäihmisten ulkona liikkumisen määrällä (Fujita, Fujiwara, Chaves, Motohashi & Shinkai 2006, 267–269).

Kyky liikkua ulkona mahdollistaa paremman sosiaalisen toimintakyvyn, kun taas heikentynyt liikkumiskyky rajoittaa osallistumista erilaisiin sosiaalisiin tapahtumiin. Näin fyysinen toimintakyky on sidoksissa sosiaaliseen toimintakykyyn. Kotona ja sen ulkopuolella tapahtuviin harrastuksiin osallistuminen, ihmissuhteiden vaaliminen ja niiden vuorovaikutuksellisuus tuovat sosiaalista mielekkyyttä ikäihmisten elämään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 4.)

Sosiaalisten suhteiden luominen ja osallistuminen harrastuksiin ovat osa toimivaa sosiaalista verkostoa, jonka luomisessa ikäihmisten koulutus, hyvä taloudellinen tilanne ja sosiaalinen asema ovat eduksi. Toimiva sosiaalinen verkosto edistää ikäihmisten psyykkistä ja fyysistä terveyttä. (Tiikkainen & Lyyra 2007, 71–72.) Kuitenkin ikääntyessä erilaiset sosiaaliset kontaktit harvenevat (Helldán & Helakorpi 2014, 135–140). Ikääntyminen rajoittaa liikkumista ja vaikuttaa näin mielialaan sekä muistiin. Sosiaaliset toiminnot rajoittuvat erityisesti ikäihmisten asuessa kulkuyhteyksien ulottumattomissa. (Heletoja 2009, 37.) Ikäihmisten sosiaalisen aktiivisuuden vähentyessä laitoshoidon ja muistisairauksien riskit lisääntyvät (Tiikkainen & Lyyra 2007, 73), mutta ikäihmisten fyysistä toimintakykyä edistämällä saadaan parannettua psykososiaalista hyvinvointia (Lyyra 2006, 53).

Päivittäisissä toimissa sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn alueet ovat keskenään jatkuvasti vuorovaikutuksessa, koska jälkimmäiseen liittyvät elämänhallinnan ja elinympäristön tuomat vaatimukset selviytyä päivittäisestä arjesta. Älylliset toiminnot, psyykkinen hyvinvointi ja selviytymiskeinot kuuluvat olennaisesti psyykkiseen toimintakykyyn. Sen tarkastelussa ikäihmisillä painottuvat yksilölliset erot erityisesti persoonallisuuden, älyllisten toimintojen ja sairauksien osalta. (Ruoppila 2014, 41.) Psyykkisen toimintakyvyn muutokset ovat vähäisiä vielä 75–80-vuotiailla, sillä muutoksiin

vaikuttavat muun muassa aistitoimintojen yksilöllinen heikkeneminen, masennus ja sosiaalisen tuen määrä (Heikkinen 2005, 331–332).

Psyykkisen hyvinvoinnin tasoa ennustavat fyysisen aktiivisuuden ja harrastusaktiivisuuden sekä kroonisten sairauksien määrä. Masentuneisuutta on enemmän, mikäli ikäihmisellä ei ole elinikäistä liikuntaharrastusta. Liikuntaharrastus vaikuttaa myönteisesti myös ikänaisten itsetuntoon. (Lampinen 2004, 51–52, 56.) Partalan (2009, 40) mukaan fyysisellä aktiivisuudella on sukupuolesta riippumatta vahva vaikutus ikäihmisten itsetuntoon. Hinkan, Karpin, Ollonqvistin ja Aaltosen (2006, 28) mukaan ikäihmisten myönteisellä suhtautumisella ikääntymiseen voi olla vaikutusta kotona selviytymiseen. Uskomukset ja asenne elämään vaikuttavat onnellisuuteen enemmän kuin ikäihmisten voimavarat. Pystyvyyden ja pätevyyden tunne voi vahvistua ulospäin suuntautuneilla ja sosiaalisista kontakteista nauttivilla ikäihmisillä. (Jopp & Rott 2006, 272–274, 276.)

Pystyvyyden ja pätevyyden kokeminen vaikuttaa ikäihmisten kotona selviytymiseen, joka vaatii kokonaisvaltaista toimintakykyä. Tähän liittyvät kykenemisen, osaamisen ja haluamisen lisäksi tietäntäsoiset täytymisen taidot. (Jyrkämä 2011, 158.) Nämä taidot vaikuttavat arkielämän valintoihin, sillä esimerkiksi ikäihmisten puhelimen käyttö vaatii onnistuakseen useita yhtäaikaista kykyä kuten hyvää näkö- ja reaktiokykyä sekä hienomotorisia taitoja, mutta myös halua opetella puhelimen toiminnot. Tätä näkökulmaa toimintakyvystä ja arjen tilanteista kuvaa taulukko 1. Uusien laitteiden käytön opettelussa tarvitaan muun muassa aloitteellisuutta ja sinnikkyyttä. Hardyn, Concaton ja Gillin (2004, 260) mukaan luonteen ominaisuuksista erityisesti sinnikkyydellä on yhteyttä useisiin toiminnallisiin ja psykososiaalisiin tekijöihin. Sinnikkyydellä on merkitystä koetussa terveydentilassa, masennusoireiden kokemisessa ja itsenäisessä selviytymisessä välineellisissä arjen toiminnoissa.

TAULUKKO 1. Arjen tilanteet ja toimintakyky (mukaillen Jyrkämä 2011, 158)

OSATA	Taidot, tiedot.	Taito käyttää puhelinta.
KYETÄ	Fyysinen ja psyykkinen kyky.	Kävelykyky, yläraajan motorikka. Aloitekyky. Muisti.
HALUTA	Motivaatio, tavoitteellisuus.	Halu soittaa tai lähettää tekstiviesti.
TÄYTYÄ	Tilanteen tuottamat pakot ja mahdollisuudet.	Pakollinen tarve esimerkiksi ambulanssia soittaessa. Mahdollisuus olla yhteydessä muihin ihmisiin.

3.3 Kaatumisten riskit, seuraukset ja ehkäisy

Kaatumisten riskitekijät jaotellaan sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Sisäiset tekijät ovat ihmisestä itsestään lähtöisin, kun taas ulkoiset tekijät tulevat ympäristöstä. (Saari 2007, 205, 208.) Itsenäisiä kaatumisten riskitekijöitä ovat monilääkitys, huimaus, masennus, virtsankarkailu, naissukupuoli, yli 80-vuoden ikä, niveltulehdus, kipu, diabetes sekä näön ja älyllisten toimintojen heikkeneminen. Näiden lisäksi vähentynyt lihasvoima, alhainen kehon painoindeksi, aiempi kaatuminen, kävelyvaikeudet ja päivittäisten toimintojen tekemisen kyvyttömyys ovat itsenäisiä riskitekijöitä kaatumisille. (Tinetti ja Kumar 2010, 259.)

Kaatumishistoria, ikääntyminen, sairaudet kuten halvaukset ja Parkinsonin tauti, älyllisten taitojen vajavuus, monilääkitys, liikkumisen rajoittuminen sekä huono näkö ja tasapaino ovat yhdistettävissä vahvasti kaatumisriskien lisääntymiseen (Bergland 2012, 157). Pyykön ja Jäntin (2014, 3185) mukaan huimauksella ja tasapainoelimen toimimattomuudella on merkittävä yhteys kaatumisiin. Kaatumisten riskitekijöinä pitää huomioida myös

kynnykset, käyttävät sekä heikko ruokavalio erityisesti D-vitamiinin ja kalsiumin osalta (Sjösten, Salonoja, Piirtola, Vahlberg, Isoaho, Hyttinen ym. 2007, 312).

Ympäristö ja elintavat eli perhetekijät selittävät 35 prosenttia kaatumisalttiuden vaihtelusta ja 45 prosenttia alttiudesta kaatua toistuvasti. Perhetekijät vaikuttavat myös tasapainoon. (Pajala 2006, 37–38, 42.) Tasapainoa heikentävät vähäinen nilkan sekä jalan liikkuvuus että rakenteiden muutokset, tuntuu puutokset ja kipu (Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyyn fysioterapiasuositus 2008). Huono tasapaino heikon näön ja kuulon kanssa lisää kaatumisriskiä. Ikäihmisten heikentynyt näkö on yhteydessä heikentyneisiin alaraajojen lihasvoimiin, seisomatasapainoon ja kävelynopeuteen. (Kulmala 2010, 51, 57.) Vähentynyt fyysinen aktiivisuus ja polven ojennusvoima ovat yhteydessä ikäihmisten heikentyneeseen liikkumiseen ja koettuun tasapainon varmuuteen (Portegijs, Edgren, Salpakoski, Kallinen, Rantanen, Alen ym. 2012, 2342–2343). Erityisesti lonkkamurtuma aiheuttaa kävelykyvyn heikentymistä ja ulkona liikkumisvaikeuksia (Salpakoski, Törmäkangas, Edgren, Sihvonen, Pekkonen, Heinonen ym. 2014).

Aiempi kaatuminen lisää riskiä kaatumispelkoon ja muita kaatumispelon riskitekijöitä ovat ikääntyminen, huimaus, koettu terveys sekä kävelyn ja tasapainon ongelmat. Kaatumispelon riskitekijöihin vaikuttavat vähäinen fyysinen aktiivisuus, terveys sekä varallisuus ja älylliset taidot. Kaatumispelon seurauksena fyysinen aktiivisuus ja sosiaaliset kontaktit vähenevät entisestään elämän laadun heikentyessä samalla. Toiminnallinen itsenäisyys voidaan menettää kaatumisen pelon seurauksena. (Scheffer, Schuurmans, van Dijk, van der Hooft & de Rooij 2008, 22–23.) Kaatumisriskien huomiointi on tärkeää ikäihmisten kotona selviytymisen kannalta, vaikka kaikkiin riskitekijöihin ei voida vaikuttaa. Kaatumisten riskitekijät on kuvattu taulukossa 2. Käytännössä esimerkiksi polven nivelrikko kuuluu osittain kaikkiin riskitekijäryhmiin, koska sen esiintyvyys lisääntyy ikääntyessä ja se on perinnöllinen sairaus. Polven nivelrikkoon ei ole parantavaa lääket-

tä, mutta sitä voidaan ehkäistä muun muassa elintapoihin liittyvällä neuvonnalla ja välttämällä niveltapaturmia. (Käypä hoito -suositus 2014a.)

TAULUKKO 2. Kaatumisten riskitekijöitä (mukaillen Pajala 2012, 16)

	Sisäiset riskitekijät	Ulkoiset riskitekijät	Tilanne- ja käyttäytymistekijät
Riskitekijät, joihin ei voida vaikuttaa	Ikä Sukupuoli Etnisyys Perinnölliset sairaudet Aiemmat kaatumiset		
Riskitekijät, joihin voidaan vaikuttaa	Sairaudet Heikentynyt muisti ja kognitio Heikentynyt toimintakyky Alentunut tasapaino ja lihasvoima Kaatumispelko Aistien puutokset Inkontinenssi Kivut Kehon painoindeksi	Lääkkeet Monilääkitys Kodin vaaranpaikat Kodin ulkopuoliset vaaranpaikat ja vaaratilanteet Jalkineet Ravitsemus	Kiiruhtaminen Huolimattomuus Riskien otto Liiallinen varovaisuus Omien voimavarojen väärä arviointi Levottomuus Väsymys, viireystila Energiataso, nestehukka

Kaatumisten seuraukset vaikuttavat ikäihmisten eloonjäämiseen ja kotona selviytymiseen. Ikäihmiset menehtyvät tapaturmaisiin kaatumisiin ja puutoamisiin usein, sillä ikäihmisten yleisin tapaturmakuoleman syy on kaatuminen. Kaatumistapaturmista, jotka aiheuttavat kuoleman, tapahtuu kolme neljäsosaa yli 70-vuotiaille. (Suomen virallinen tilasto 2013.) Joka kymmenes kaatuminen johtaa terveystalvelujen käyttöön (Sosiaali- ja terveystal-

nisteriö 2013a, 21, 25). Ikääntyessä murtumien määrä lisääntyy lukuun ottamatta kyynärvarren ja ranteen murtumia. Suomessa 12 vuoden seurannassa murtumia tulee joka neljännelle ikäihmiselle ainakin yksi naisten ollessa suuremmassa riskiryhmässä. Murtumien seuraukset lonkan ja olkaluun osalta ovat miehille useammin kuolemaan johtavia. (Piirtola 2011, 86.)

Noin kolmasosa lonkkamurtuman saaneista ikäihmisistä kuolee murtumaa seuraavan vuoden aikana. Lisäksi harvalla eloon jääneellä toimintakyky, elämän laatu ja terveys palautuu murtumaa edeltävälle tasolle. (Marks 2010, 10.) Kahdeksan vuoden seurannassa alavartalon murtumat aiheuttavat ongelmia liikkumisessa ja selviytymisessä päivittäisistä askareista. Yläraajan murtumat aiheuttavat vielä kahdeksankin vuoden jälkeen vaikeuksia selviytyä päivittäisistä toimista. (Piirtola 2011, 65, 83.) Yhteiskunnan näkökulmasta ajatellen ikäihmisten kaatumisten ehkäisy on kustannustehokasta ja järkevää (Beard, Rowell, Scott, van Beurden, Barnett, Hughes ym. 2006, 750), sillä Suomessa pelkästään erikoissairaanhoidokustannukset vuonna 2012 tapaturmien ja väkivallan osalta olivat noin 676 miljoonaa euroa ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä vajaa 23 miljoonaa euroa (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014, 28).

Kaatumisriskien moninaisuuden vuoksi kaatumisia voidaan ehkäistä monitekijäisillä interventioilla. Ikäihmisten kaatumisten ehkäisyssä pitää huomioida lihasvoima- ja tasapainoharjoittelu, lääkitys, kodin muutostarpeet ja ruokavalio, erityisesti kalsiumin ja D-vitamiinin saannin osalta. (Palvanen, Kannus, Piirtola, Niemi, Parkkari & Järvinen 2014, 268–270.) Toisaalta Gillespien ym. mukaan D-vitamiinilla ei ole merkitystä, ellei sen pitoisuus ole veressä alhainen. He toteavat kodin muutostöiden merkityksen erityisen tehokkaaksi kaatumisten ehkäisyssä, jos ikäihmisellä on vaikeita näköongelmia. Moniteholasien käyttäjien kaatumisriski pienenee merkittävästi heidän käyttäessään yksitehosilmälaseja. Toimintaterapeutti tekee hyödyllisimmät kotikäynnit muutostöiden osalta. (Gillespie, Robertson, Gillespie, Sherrington, Gates, Clemson ym. 2012, 22.)

Kodin muutostöiden kuten mattojen poistamisen, rappusten maalaamisen selkeästi, valaistuksen lisäämisen ja tukikahvojen asentamisen vaikutukset ovat huomattavia kaatumisten ehkäisyssä. Jalkineiden merkitys tasapainon ylläpitoon ja kaatumisriskiin ei ole selkeä, sillä liukastumisiin ja kaatumisiin vaikuttavat jalkineiden ja maanpinnan välinen kitka, ikäihmisten kävelyn biomekaniikka, valaistus ja kulkuväylien pinta. Erityisesti haurailia ikäihmisillä jatkuva lonkkasuojien käyttö voi vähentää kaatumisia ja murtumia jäisillä teillä. Toimintakykyä ylläpitävillä ja luiden terveyttä vaalivilla harjoituksilla on tehokkain kaatumisriskejä ja kaatumisia vähentävä vaikutus. (Karinkanta, Piirtola, Sievänen, Uusi-Rasi & Kannus 2010, 397–404.) Berglandin (2012, 157) mukaan erityisesti tasapainoon, lihasvoimaan ja kävelyyn kohdistuvilla harjoituksilla sekä kotiympäristön muutoksilla on tehokas merkitys kaatumisten ehkäisyssä.

Käypä hoito -suosituksen (2011) mukaan lääkityksen arviointi, osteoporoosilääkityksen aloittaminen, sydämen tahdistin ja kaihileikkaus ehkäisevät kaatumisia. Rantasen (2013, S52) mukaan aistivajavuuksien kuntouttamisella pystytään ehkäisemään kaatumisia, kuitenkin Gillespien ym. mukaan tarkastukset esimerkiksi näön osalta ja tiedon lisääminen kaatumisten ehkäisykeinoista eivät yksistään ehkäise kaatumisia (Gillespie, Robertson, Gillespie, Lamb, Gates, Cumming ym. 2009, 192–193). Liikuntaneuvonta mahdollistaa usean kaatumista ehkäisevän keinon toteuttamisen, mutta sitä ei osata hyödyntää tarpeeksi, sillä Kivimäen ja Tuunasen (2014, 21) mukaan liikuntaneuvontaan ei ohjata kaatumisten ehkäisyä vuoksi.

4 LIIKUNTANEUVONNAN RAJAPINTOJA

4.1 Liikuntaneuvonta käsitteenä ja käytännössä

Liikuntaneuvonta on käsitteenä moniselitteinen eikä sen sisältöä ole tarkemmin määritelty. Liikuntaneuvonta on prosessi, joka sisältää tavoitteita ja seuranta osana terveystalvolutketjua. Vuorovaikutteisessa prosessissa pyritään muuttamaan asiakkaan elintapoja pitkällä aikajaksolla. Liikuntaneuvonnan tavoitteena on auttaa asiakasta löytämään omat voimavaroinsa, motivoitumaan muutokseen ja vahvistamaan muutoksen jäämistä pysyväksi osaksi elämää. (Kivimäki & Tuunanen 2014, 9, 23.)

Liikuntaneuvonnan antaja on riittävän koulutustaustan omaava ammattihenkilö, joka aktivoi inaktiivisia ihmisiä laadukkaalla ja yksilöllisesti räätälöidyllä neuvonnalla. Liikuntaneuvonnan sisältö on vaihtelevaa ja sen kesto on usein 15–90 minuuttia. Liikuntaneuvonnan aikana on mahdollista tehdä erilaisia testejä liittyen muun muassa sairausriskeihin, hapenotto- ja toimintakykyyn. Liikuntaneuvonnan tueksi voi antaa kirjallista materiaalia tai hyödyntää verkkosovelluksia. Liikuntaneuvontakäytien aikana voi kokeilla erilaisia liikuntalajeja ja muun muassa silloin liikuntaneuvontaa on mahdollista antaa ryhmämuotoisesti. (Kivimäki & Tuunanen 2014, 23.) Liikuntaneuvontaa antaessa on muistettava, että kahdenkeskinen neuvonta on eri asia kuin henkilökohtainen neuvonta (Nupponen & Suni 2011, 224).

Liikuntaneuvonnassa on mahdollista käyttää erilaisia työkaluja. Niiden käyttäminen on osattava kohdistaa oikein, sillä esimerkiksi terveystalvolutsuosituksia on tarkoituksenmukaista käyttää aktiiviliikkujuille vahvistamaan suotuisan käyttäytymisen pysyvyyttä. (Kangasniemi & Kauravaara 2014, 28.) Räätälöidyn neuvonnan lisäksi kirjallisen materiaalin antaminen ja paikallisista liikuntapalveluista tiedottaminen sekä yksityiskohtaiset testaukset voivat olla tehokkaita fyysisen aktiivisuuden lisääjiä (Isaacs, Critchley, See Tai, Buckingham, Westley, Harridge ym. 2007, 91, 96). Peruster-

veydenhuollon käynnillä annettu liikkumisresepti sekä ohjaus askelmittarin käyttämiseen ja liikkumispäiväkirjan pitämiseen lisäävät vapaa-ajan fyysistä aktiivisuutta (Aittasalo 2008b, 87–88). Liikuntaneuvonnan työkaluina voidaan hyödyntää erilaisten laitteiden antamaa tietoa esimerkiksi kehon iästä ja koostumuksesta (Koivuniemi & Suutari 2010, 22).

Ikäihmisten liikuntaneuvonnassa voi työkalujen lisäksi hyödyntää heidän motiivejaan elintapamuutosten aikaansaamiseksi esimerkiksi fyysisen aktiivisuuden osalta. Ikäihmisillä fyysiseen aktiivisuuteen motivoivat esimerkiksi ystävien tapaaminen ja uusiin ihmisiin tutustuminen, terveyden ylläpitäminen, kipujen vähentyminen sekä itseluottamuksen saaminen. Liikuntaneuvonnassa on huomioitava myös heidän kokemansa liikkumisen esteet. Näitä ovat muun muassa kaatumisen ja vammautumisen pelko, tottumattomuus liikkumiseen, epävarmuus ulkona liikkumisessa, kivut ja sairaudet, väsymys sekä taloudellinen tilanne. (Rasinaho, Hirvensalo, Leinonen, Lintunen & Rantanen 2006, 97–98.) Näiden lisäksi Rantanen (2013, S52–S53) toteaa ikäihmisten liikkumisen esteinä olevan ympäristön esteellisyys erityisesti liikkumisen apuvälineitä käyttävien ikäihmisten osalta. Ulkona liikkumisen esteitä ovat lepopaikkojen puute, pitkät etäisyydet ja vilkas liikenne. Näiden liikkumista vähentävien esteiden tunnistamisessa pystytään käyttämään yksinkertaisia raportointityökaluja.

Liikuntaneuvonnan seuranta voi tehdä kasvokkain, soittaen, tekstiviestein tai sähköpostin avulla (Kivimäki & Tuunanen 2014, 23). Seurannan ja elintapamuutosten ylläpidon tukemisessa puhelinneuvonnan on todettu olevan kustannustehokkaampaa kuin kasvokkain annettavan neuvonnan. Puhelinneuvonnalla on merkittävä positiivinen vaikutus fyysisen aktiivisuuden ja ruokailutottumusten muutoksissa. Kasvokkain annettava neuvonta ja kirjallisen materiaalin antaminen ovat mahdollisesti tehokkaampia kuin puhelinneuvonta, mutta puhelinneuvonta vie vähemmän resursseja ja on etenkin seurannassa kustannusvaikuttavampaa kuin kasvokkain annettu neuvonta. (Eakin, Lawler, Vandelandotte & Owen 2007, 421–432.)

Kangasniemen ja Kauravaaran (2014, 26) sekä Vuoren (2013, 1755) mukaan liikuntaneuvontaa käytetään vähän terveydenhuollossa, vaikka se on tehokas tapa edistää toimintakykyä ja terveyttä. Aittasalo (2008a, 261) toteaa terveydenhuollon ammattilaisten asenteiden olevan liikuntaneuvontaa kohtaan myönteiset ja sen vaikutukset terveyden edistämisessä ovat tiedossa, mutta silti liikuntaneuvonnan käyttäminen on vähäistä. Vuori (2013, 1756) mainitsee liikuntaneuvonnan antamisen esteenä olevan liikunnan edistämisen vähäisen painoarvon terveydenhuollossa, vaikka liikuntaa on perusteltavaa pitää lääkkeisiin rinnastettavana keinona terveyden sekä toimintakyvyn ylläpitämisessä että edistämisessä.

Liikuntaneuvonnan antamisen esteitä voidaan vähentää antamalla terveydenhuollon ammattilaisille luotettavaa ja käytännön työelämään soveltuvaa tietoa (Vuori 2013, 1756). Erilaiset neuvontapolut tai valmistellut reitit lisäävät liikuntaneuvonnan toteutumista poikkisektoraalisesti (Nupponen & Suni 2011, 225). Pohjanmaalla on toteutettu Terve Etelä-Pohjanmaa -hanke, jonka ansiosta liikuntaneuvojat sekä asiakkaat saavat kuntakohtaisesti tietoa erilaisista liikuntaryhmistä ja muista harrastusmahdollisuuksista sähköisesti (Lähdesmäki, Tala & Lautamaja 2008, 12, 48, 52–53).

Edellä mainittu alueellinen sähköinen portaali on esimerkki paikallisesta terveyttä edistävän toiminnan suunnittelusta, joka Aittasalon (2008a, 261) mukaan on liikuntaneuvonnan käyttöönottamisen onnistumisen edellytys. Johdon sitoutuminen suunnitteluun on ensiarvoisen tärkeää, jotta liikuntaneuvontaan saadaan riittävästi resursseja. Niiden lisäksi tarvitaan yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2013b, 39.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöillä tulee olla kykyä tehdä moniammatillista yhteistyötä muun muassa liikunnan ammattilaisten kanssa. Yhteistyötaitojen lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöillä pitää olla hyvät neuvonta- ja motiivintaidot asiakkaan liikkumisen lisäämiseksi. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2013b, 39.)

teriö 2013b, 38.) Perusterveydenhuollon ammattilaiset voivat olla tärkeässä roolissa liikuntaneuvonnan suhteen, koska he tapaavat suurta osaa ikäihmisistä säännöllisesti (Leinonen, Heikkinen, Hirvensalo, Lintunen, Rasinaho, Sakari-Rantala ym. 2007, 162).

Terveystenhuollon ammattilaisten on osattava huomioida antamansa liikuntaneuvonnan sisältö, sillä väärin ilmaistu neuvo fyysisen aktiivisuuden välttämisestä voi johtaa ylivarovaisuuteen ikäihmisillä (Hirvensalo, Heikkinen, Lintunen & Rantanen 2005, 346). Usein terveydenhuollon ammattilaisten antamasta liikuntaneuvonnasta puuttuu potilaskeskeisyys ja tämä puute heikentää liikuntaneuvonnan vaikutuksia (Aittasalo 2008a, 261). Liikuntaneuvontataitojen kehittämisessä terveydenhuoltoalan ammattiryhmillä on erilaisia tarpeita (ks. Kivimäki & Tuunanen 2014, 36; Eklund 2012, 38; Elomäki 2011, 55; Leinonen ym. 2007, 162).

Liikuntaneuvontaosaamista voi kehittää erilaisten mallien tai menetelmien avulla. Näitä ovat esimerkiksi transteoreettinen muutosvaihemalli ja motivoiva haastattelu. Prochaskan ja Norcrossin (1979) mukaan transteoreettinen muutosvaihemalli luotiin yhdistämään muutosprosessi ja sen perusperiaatteet sekä psykoterapian ja käyttäytymismuutoksien pääteoriat. Kyseisessä mallissa käyttäytymisen muutosprosessin etenemisen määrittää neuvottavan muutosvaihe. Neuvottava voi olla esiharkinta-, harkinta-, valmistautumis-, toiminta-, ylläpito- tai päätösvaiheessa. (Prochaska 2008, 845–846.) Motivoiva haastattelu -menetelmässä hyödynnetään transteoreettista muutosvaihemallia (DiClemente & Velasquez 2002, 201).

Millerin ja Rollnickin mukaan motivoiva haastattelu -menetelmää käyttävän neuvojan hyvät vuorovaikutustaidot ovat erityisen tärkeitä muutosprosessin lopputuloksen kannalta. Neuvojan on osattava kysyä tarkoituksenmukaisia kysymyksiä ja osattava huomioida, mihin neuvottava on motivoitunut. Motivoiva haastattelu -menetelmä on kokonaisuudessaan empatiaa,

hyviä vuorovaikutustaitoja, tavoitteiden asettelua ja pystyvyyden tukemista korostava menetelmä, jolla pyritään löytämään ratkaisuja muutoksen tiellä. (Miller & Rollnick 2002, 9, 18, 23, 25, 36.)

Motivoiva haastattelu -menetelmä on tehokasta, sillä Rubakin, Sandbaekin, Lauritzenin ja Christensenin (2005, 309) tekemän katsauksen mukaan jo 15 minuutin tapaamisella on 64 prosentissa tutkimuksista myönteistä vaikutusta elintapoihin liittyvissä ongelmissa ja sairauksissa. Motivoiva haastattelu -menetelmän juurruttaminen perusterveydenhuollon tiimeihin on järkevää, koska sen avulla pystytään edistämään onnistuneesti terveyskäyttäytymistä (Fu, Roth, Battaglia, Nelson, Farmer, Do ym. 2015, 67).

Liikuntaneuvonnassa voidaan käyttää tutkijoiden usein viittaamaa Banduran monitasoista sosiaalis-kognitiivista mallia, jota käytetään terveysneuvonnassa. Mallissa huomioidaan sosiaalisen ympäristön vaikutus ihmisten muutokseen, sopeutumiseen, kehittymiseen ja toiminnan säätelyyn. Motivaation syntyyn vaikuttavat ympäristön kontrolli ja itsetyytyväisyyden saavuttaminen. Tässä mallissa tärkeitä tekijöitä ovat pystyvyyden kokeminen, itsemotivaatio ja tarkoituksellinen toiminta. Keskeistä tehokkaassa terveysneuvonnassa tämän mallin mukaan on neuvojan ymmärrys seuraavista asioista ja niiden välisistä suhteista: asiakkaan itsesäätelyprosessit, terveelliset tavat, psykososiaaliset toimet, lääketieteelliset palvelut ja sosiaaliset vaikutukset. Tehokasta terveysneuvontaa on käytännössä esimerkiksi se, että asiakasta motivoidaan ottamaan hänelle määrätyt kipulääkkeet, jotka luovat edellytyksiä paremmalle kivun hallinnalle ja toimintakyvylle. Näitä tuetaan kehittämällä asiakkaan stressin hallintataitoja ja terveellisiä elintapoja. Ammattihenkilöiden antama tiedollinen ja psykososiaalinen tuki, palaute sekä uskon luominen asiakkaan omiin kykyihinsä auttaa asetettujen tavoitteiden saavuttamisessa ja repsahdusten voittamisessa. (Bandura 2000, 6, 15, 34, 122, 262–269, 273, 280–281, 286–303.)

4.2 Terveyden edistäminen liikuntaneuvonnalla

Maailman terveysjärjestö (WHO) järjesti ensimmäisen terveyttä edistävän konferenssin Ottawassa vuonna 1986. Jo silloin huomioitiin elinikäisen oppimisen merkitys terveyden edistämisessä. (Maailman terveysjärjestö 1986, 1.) Myös Kaste-ohjelman yhtenä tavoitteena on väestön terveyden edistäminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 10). Sosiaali- ja terveysministeriö on laatusuosituksessaan ohjeistanut kuntia tukemaan ikäihmisten arjessa selviytymistä erilaisilla toimenpiteillä. Ikäihmisten liikunnan kansallinen toimenpideohjelma ja Voimaa Vanhuuteen -iäkkäiden terveysliikuntaohjelma tukevat laatusuosituksen toteutumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013a, 27.) Niin kutsutussa vanhuspalvelulaissa pyritään edistämään ikäihmisten terveyttä kuntien toimesta, sillä kuntien on lain mukaan järjestettävä ikäihmisille terveyttä edistäviä neuvontapalveluita (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012, 12 §).

Ikäihmisten liikunnan kansallisen toimenpideohjelman tavoitteena on liikuntaneuvonnan toimintatapojen kehittäminen osallistamalla useamman eri alan ammattihenkilöitä ikäihmisten liikuntaneuvontaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä on järjestää ikäihmisten liikunnallista toimintaa esimerkiksi osana kuntouttavaa hoitotyötä. Valtakunnallisesti ikäihmisten terveyttä edistävän liikunnan onnistuminen vaatii rahoitusta ja kokonaisuuksien eheyttämistä päätöksissä sekä työnjaoissa. (Karvinen, Kalmari & Koivumäki 2011, 14–15, 22.) Perusterveydenhuollossa on tärkeää käyttää matalan kynnyksen liikuntaneuvontapalveluita ja soveltavia prosessia, koska niillä on merkitystä onnistuneeseen terveyden edistämiseen (Kerse ym. 2005, 1954–1955).

Terveyden edistäminen on monitahoista ja laaja-alaista toimintaa alkaen yksilöstä, perheestä ja lähiyhteisöstä laajentuen yhteiskuntaan ja kulttuuri-perimään. Terveyden edistämiseen mikrotasolla vaikuttavat yksilön tottumukset, valinnat sekä mukautuminen lähiyhteisöön ja -ympäristöön. Ter-

veyden edistämisessä yksilön arkeen liittyvän laajemman ympäristön ja toimintapaikkojen vaikutukset esimerkiksi fyysiseen aktiivisuuteen edustavat mesotasoa. Terveyttä edistävät päätökset muun muassa kevyen liikenteen väylistä, puistoalueiden kaavoituksista ja muusta infrastruktuurista ovat makrotasoa. Nämä tasot on muistettava huomioida fyysisen aktiivisuuden edistämisessä. (Paronen & Nupponen 2011, 188–191.)

Nupposen ja Sunin mukaan terveyden edistämisessä liikuntaneuvonnalla on tärkeä osuus. Liikuntaneuvojalla täytyy olla terveysterveystietojen perustaidot hallussaan. Liikuntaneuvonnassa korostuvat tasapuolinen vuorovaikutus ja voimavarakeskeinen ongelmien ratkaisutapa. Liikuntaneuvonnan tavoitteena on terveyden ja toimintakyvyn tukeminen. (Nupponen & Suni 2011, 212–213.) Täten liikuntaneuvontaa voi pitää preventiivisenä terveyden edistämisenä, koska Savolan ja Koskinen-Ollonqvistin (2005, 8) mukaan preventiivisen terveyden edistämisen tarkoituksena on ehkäistä sairauksia ja pienentää sairauksista johtuvia haittoja.

Preventiivinen terveyden edistäminen on mahdollista jakaa kolmeen ulottuvuuteen, primaariseen eli ensisijaiseen, sekundaariseen eli toissijaiseen ja tertiaariseen eli myöhäiseen sairauksien ennaltaehkäisyyn. Primaariprevention tarkoituksena on vähentää terveydelle tai ympäristölle haitallisten tekijöiden vaikutusta ennen kuin niiden kanssa on joutunut kosketuksiin. Primaariprevention keinoja ovat esimerkiksi rokotukset, seksuaalineuvonta ja perhevalmennus. Sekundaariprevention tarkoituksena on estää terveyden heikkeneminen vähentämällä riskitekijöiden vaikutusta tai mahdollisesti poistamalla riskitekijä kokonaan esimerkiksi seulontojen avulla. Tertiaaripreventio on kuntoutukseen liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on ehkäistä jo olemassa olevan sairauden haittojen paheneminen ja palauttaa toimintakykyä. (Koskenvuo & Mattila 2009; Savola & Ollonqvist 2005, 13.)

Terveyden edistämisessä erilaisten sosiaalisten verkostojen rakentamista ja laajentamista edistävien toimenpiteiden toteuttaminen on tärkeää (Tiik-

kainen & Lyyra 2007, 81). Preventiivistä toimintaa on esimerkiksi Etelä-Karjalassa meneillään oleva tutkimus, jonka avulla etsitään sopivia kuntoutusmalleja. Tutkimuksen vaikutuksia arvioidaan ikäihmisten toimintakyvyn, ympärivuorokautisen hoidon sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden käytön määrän, elämänlaadun ja kaatumisriskien osalta. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri 2014.) Perusterveydenhuollon liikuntaneuvontaa lisäävää preventiivistä toimintaa on ollut esimerkiksi Pirkanmaalla. Siellä on toteutettu vuonna 2013 vähän liikkuvien liikuntaneuvontahanke (VÄLINE), jossa UKK-instituutti on ollut mukana ja kohdeorganisaatioina ovat olleet valitut terveysasemat. Tämän toiminnan promootiona on ollut liikuntaneuvonnan tutkimus- ja kehittämishanke (LIREKE) vuosina 2010–2011. (UKK-instituutti 2011b.)

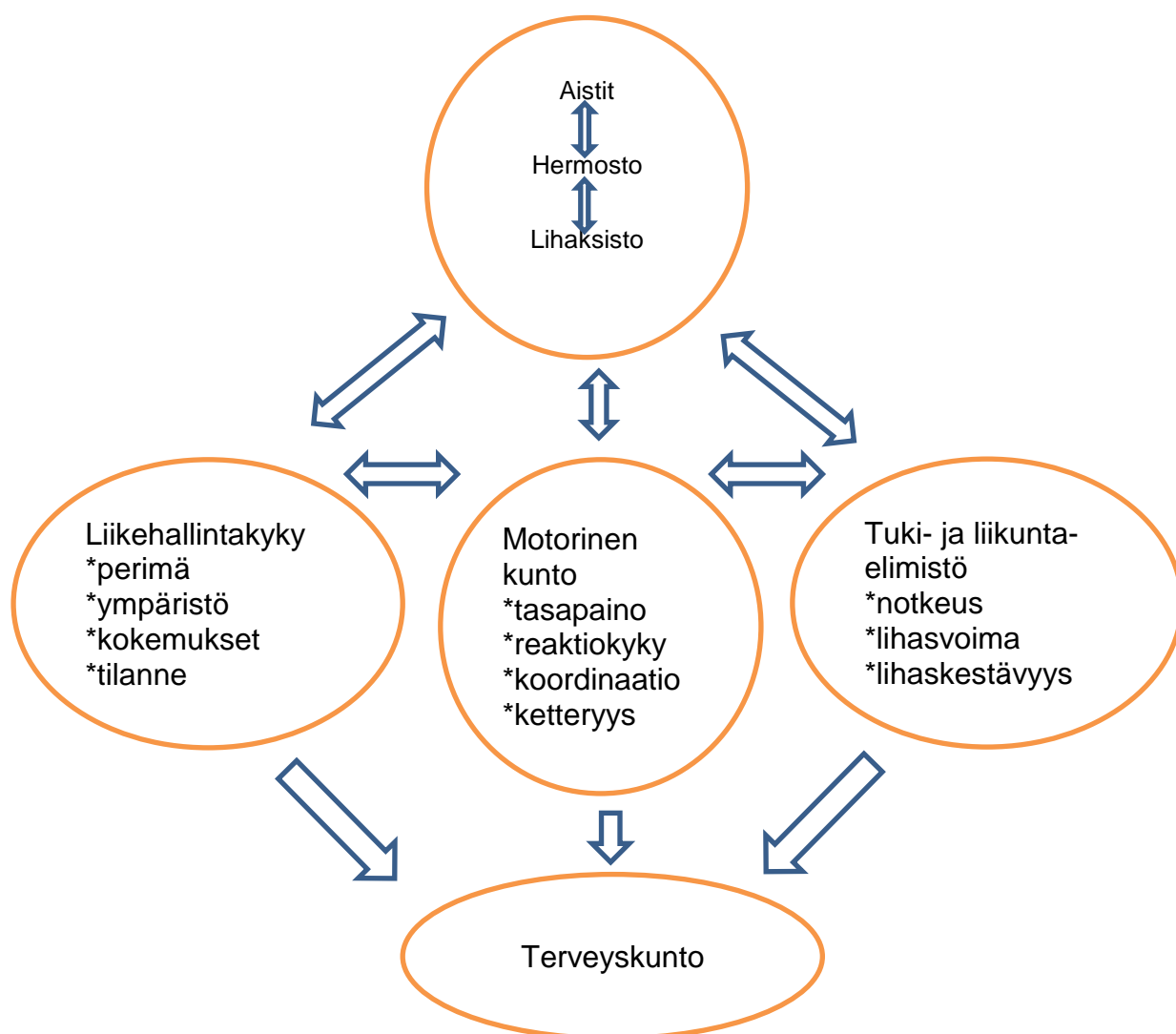
Promootiona voidaan pitää esimerkiksi liikuntaneuvontaa mahdollistavien tekijöiden aikaansaamista kuten liikuntaneuvontaosaamisen lisäämistä, sillä Savola ja Koskinen-Ollonqvist (2005, 13, 16) toteavat promootion vaikuttavan ennen preventiota luoden terveyden edistämisen mahdollisuuksia yleensä yhteisö- ja yhteiskuntatasoilla. Liimataisen (2007, 33) mukaan promootion voidaan ajatella olevan erilaisia tapoja ja keinoja, joilla vahvistetaan ikäihmisten voimavaroja yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolla.

4.3 Liikuntaneuvonnan vaikutuksia kotona selviytymiseen

Liikuntaneuvonnalla voi hidastaa toimintakyvyn heikkenemistä ja näin edistää ikäihmisten omatoimista selviytymistä kotona (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013b, 27). Osaavalla liikuntaneuvonnalla vaikutetaan ikäihmisten kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn, sillä liikunnalla on monia myönteisiä vaikutuksia arkisten toimintojen sujuvuuden edistämisessä (Kivimäki & Tuunanen 2014, 23). Liikuntaneuvonnalla parhaimmillaan vahvistetaan vastuunottoa omasta elämästä luovien toimintamallien avulla (Kangasniemi & Kauravaara 2014, 30). Liikuntaneuvontaa saaneille ikäihmisille kehittyy merkitsevästi vähemmän hankaluuksia esimerkiksi kaupassa asioidessa ja aterioiden valmistamisessa. Liikuntaneuvonnalla aikaan saatu

fyysisen aktiivisuuden lisäys vaikuttaa kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistymiseen mahdollisten sosiaalisten kontaktien lisääntyessä. (von Bonsdorff, Leinonen, Kujala, Heikkinen, Törmäkangas, Hirvensalo ym. 2008, 2193.)

Lisääntyneen fyysisen aktiivisuuden vaikutukset kotona selviytymiseen perustuvat parempaan terveyskuntoon, joka auttaa ikäihmisiä selviytymään arjen toimista. Heikko terveyskunto puolestaan altistaa toiminnan rajoituksille ja sairauksille. Aistien, hermoston ja lihaksiston toiminta vaikuttaa keskinäisesti toisiinsa sekä liikehallintakykyyn, motoriseen kuntoon että tuki- ja liikuntaelimistön toimintaan. Kuviossa 4 on kuvattu terveyskuntoa määritteleviä tekijöitä. Motorisen kunnon ja tuki- ja liikuntaelimistön tekijöihin voi vaikuttaa koko eliniän ajan, sillä ikä ei ole este fyysisen aktiivisuuden myönteisille vaikutuksille hermo-lihasjärjestelmän toiminnoissa esimerkiksi tasapainon, reaktiokyvyn, lihasvoiman ja notkeuden osalta. (Suni & Vasankari 2011, 35–36.)



KUVIO 4. Terveyskuntoon vaikuttavia tekijöitä (mukaillen Suni & Vasankari 2011, 36–37)

Kävelynopeudella, liikkumiskyvyllä, kivuilla, tuki- ja liikuntaelinsairauksilla sekä erityisesti alaraajojen lihasvoimilla on merkitystä ikäihmisten kotona selviytymiseen. Liikuntaneuvonnalla on myönteisiä vaikutuksia alaraajojen ojennusvoimaan ja kävelynopeuteen iäkkäillä naisilla sekä itseilmoitettuun liikkumiskykyyn molemmilla sukupuolilla (Mänty 2010, 66). Hyvillä alaraajojen lihasvoimilla on vaikutusta kaatumisriskin pienentymiseen (Kannus 2011, 155), kun taas hidas kävelynopeus ja heikko lihasvoima ovat yhteydessä korkeampaan kuolleisuusriskiin ikäihmisillä (Lyyra 2006, 37–41).

Kävelynopeus ja lihasvoima ennustavat liikkumisen rajoittumista. Heikentyvän liikkumiskyvyn ennustamerkkejä ovat liikkumisen ongelmat ja kaatumiset itsenäisesti asuvilla ikäihmisillä. Liikuntaneuvonnalla mahdollistetaan ikäihmisten liikkumiskyvyn ylläpitäminen. (Mänty 2010, 52, 77.)

Ikäihmisten liikkumiskykyyn vaikuttavat sairaudet ja niistä aiheutuvat kivut, koska tuki- ja liikuntaelinsairaudet vaikuttavat kävelynopeuteen (Sakari 2013b, 81) ja niistä johtuvilla kivuilla on merkitystä kävelynopeuteen, nopeaan voimantuottoon ja pystyasennon hallintaan (Lihavainen 2012, 43–46).

Pystyasennon hallinnan perustana on keskushermoston tietojen käsittelykyky (Pajala 2006, 46) ja kipu vuorostaan vaikuttaa aivojen toimintakykyyn (Pirttilä & Nybo 2004, 201–204). Muun muassa tämän vuoksi liikuntaneuvonnalla on pitkäaikaista kipua kärsivän hoidossa tärkeä osa. Kipuun liittyy usein mielialan laskua ja mieliala vaikuttaa kivun kokemiseen. (Pakkala 2008, 1–2.) Ikäihmisten mielenterveyskuntoutuksessa liikuntaneuvonnan pitäisi olla osana hoitoa, koska liikuntaneuvonnalla on jo kertaluonteisesti-kin myönteistä vaikutusta ikäihmisten mielialaan. Lievä masentuneisuus vähenee liikuntaneuvonnalla ja tällä on vaikutusta kotona selviytymiseen, koska ikäihmisten lievä masentuneisuus lisää sairastumisriskiä vakavampaan masennukseen sekä toimintakyvyn heikkenemiseen ja terveystalvuiden käytön lisääntymiseen. (Pakkala, Read, Leinonen, Hirvensalo, Lintunen & Rantanen 2008, 415–417.)

Turvallisella ja tehokkaalla liikuntaneuvonnalla pystytään vähentämään muita terveydenhuollon käyntejä (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2014, 15). Liikuntaneuvonnalla on merkittävä vähentävä vaikutus kotihoitopalveluiden käytön määrään ja sillä on mahdollista ehkäistä toimintakyvyn heikkene- mistä ja kotihoidon tarvetta pitkällä aikavälillä. Kasvokkain sekä puhelimitse annettavalla liikuntaneuvonnalla on myönteistä merkitystä ikäihmisten toimintakykyyn kahden vuoden interventiossa ja puolentoista vuoden seurannassa. Tämä merkitys korostui erityisesti niillä, joilla ei ollut merkittäviä liikkumisvaikeuksia ennen liikuntaneuvontaa. (von Bonsdorff 2009, 71,

78.) Liikuntaneuvonnalla aikaansaadut elintapojen muutokset vaikuttavat vähentävästi sairaalahoitojen määrään ja parantavat elämänlaatua fyysisen toimintakyvyn edistymisen lisäksi (Kerse ym. 2005, 1955).

5 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

5.1 Lähestymistapana toimintatutkimus

Toimintatutkimus on tutkimusstrateginen lähestymistapa, jossa voidaan käyttää erilaisia menetelmiä. Toimintatutkimukselle on tyypillistä toiminnan ja tutkimuksen yhtäaikaisuus sekä tavoite saavuttaa pikaista käytännön hyötyä. Tietoinen toiminnan tarkastelu eli reflektiivinen ajattelu on keskeistä toimintatutkimukselle. (Heikkinen 2010, 214, 217.) Toimintatutkimuksen isänä pidetään amerikkalaista Kurt Lewiniä. Sosiaalipsykologina hän ideoi tutkimuksellisuutta ja käytännönläheisyyttä samanaikaisesti. Jo 1940-luvulla hän kirjoitti ideastaan tehden sitä samalla tunnetuksi. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 40.) Toimintatutkimuksessa ei tavoitella tietoa vain tiedon vuoksi, vaan tiedon hankinta on osa prosessia (Heikkinen & Huttunen 2007, 185–186).

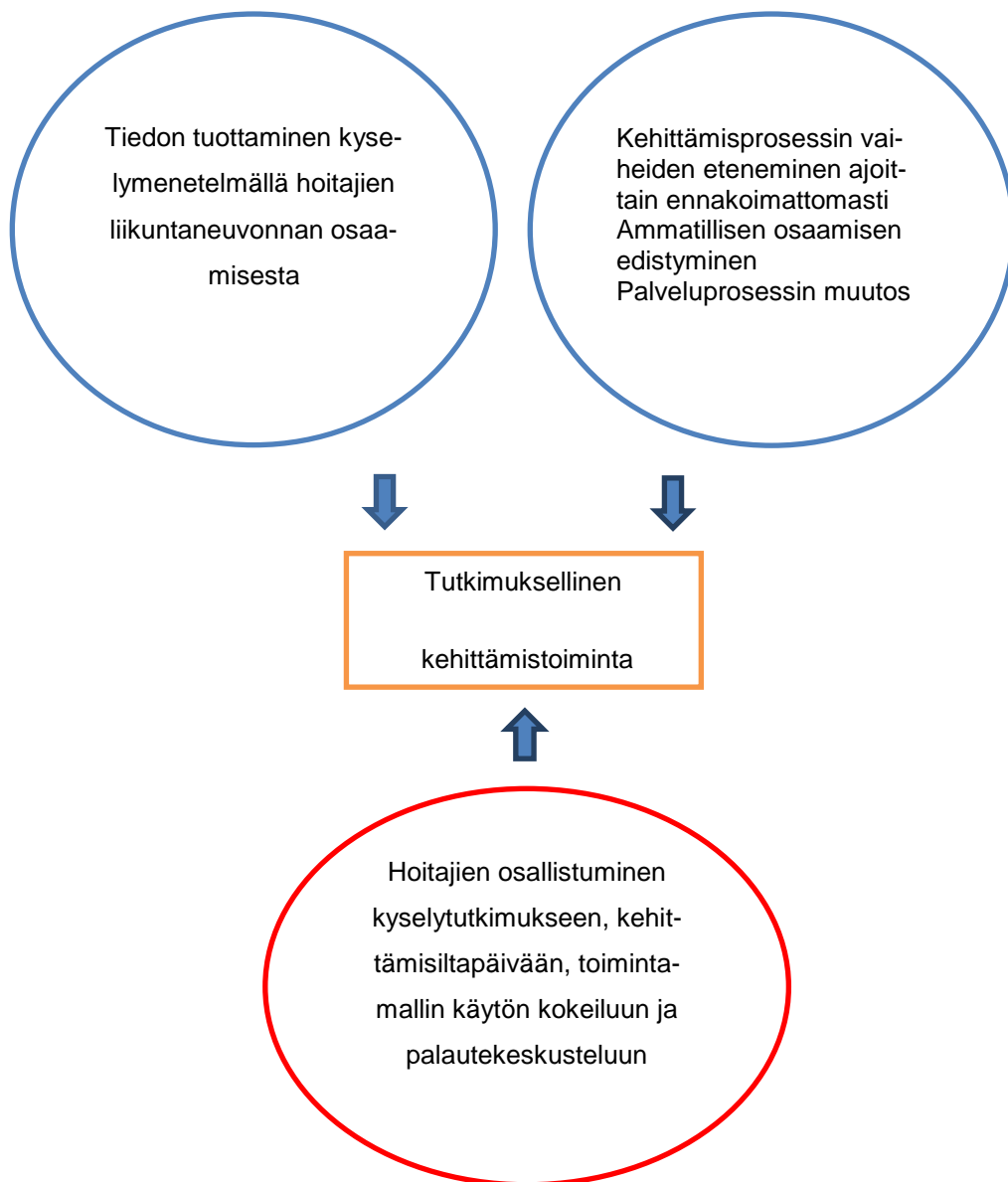
Toimintatutkimus sopi kehittämishankkeeseen, koska Ojasalon ym. mukaan sitä pidetään osallistavana, käytännön ratkaisuja ja muutosta aikaan saavana lähestymistapana. Toimintatutkimuksella luodaan uutta ymmärrystä ja tietoa tutkittavasta asiasta. (Ojasalo ym. 58, 129.) Tässä kehittämishankkeessa sain kerättyä kyselyllä uutta tietoa hoitajien liikuntaneuvontaosaamisesta. Kyselyn vastauksista tekemäni synteesin pohjalta annoin kehittämisiltapäivässä vuorostaan hoitajille tietoa, jota hyödynnettiin liikuntaneuvonnan toimintamallin luomisessa.

Kehittämistoiminnassa korostetaan osallisuuden merkitystä (Toikko & Rantanen 2009, 89). Ojasalon ym. (2009, 58) ja Kuulan (1999, 10) mukaan toimintatutkimuksen tarkoituksena on käytännön ongelmien ratkaiseminen yhdessä osallistujien kanssa. Muutosprosessissa luodaan samalla uutta ymmärrystä ja tietoa siitä, miten asioita tulisi muuttaa käytännönläheisesti kohdeyhteisön tavoittamisen kannalta (Ojasalo ym. 2009, 58). Tässä kehittämishankkeessa hoitajat osallistuivat kehittämishankkeen eri tilaisuuksiin ja liikuntaneuvonnan toimintamallin kokeilemiseen käytännön

työssä. Hoitajat saivat uutta ymmärrystä liikuntaneuvonnasta erityisesti kehittämisiltapäivän aikana jaetulla tutkitulla ja hiljaisella tiedolla sekä kehittämisiltapäivän jälkeen toimintatapojen muutoksen kokeilulla käytännön työssä uudella liikuntaneuvonnan toimintamallilla.

Toikon ja Rantasen (2009, 9–10) mukaan kehittämistoiminnan keskeiset tekijät ovat toimijoiden osallistuminen, tiedon tuottaminen ja kehittämisprosessi. Nämä tutkimuksellisen kehittämisen näkökulmat on kuvattu tämän kehittämishankkeen kannalta kuviossa 5. Kehittämistoiminnassa pyritään todelliseen vuorovaikutukseen: käytännön asioiden muuttamiseen paremmiksi ja uuden tiedon sekä taidon siirtämiseen, esimerkiksi uusien työkalujen käyttämiseen koulutetaan ennen niiden varsinaista käyttöä (Toikko & Rantanen 2009, 10–11, 16).

Tämä kehittämishanke tähtäsi ammatillisen osaamisen edistämiseen ja käytännön asioiden muuttamiseen uudella toimintamallilla. Kehittämissankkeen avulla saatiin tietoa hoitajien liikuntaneuvontaosaamisesta. Hoitajien liikuntaneuvonnan tiedot ja taidot lisääntyivät heidän osallistuessaan kehittämisiltapäivään, jossa loimme yhdessä liikuntaneuvonnan toimintamallin. Osallistuin tutkijakehittäjänä konkreettiseen toimintaan yhdessä hoitajien kanssa. Ojasalon ym. (2009, 21–22) mukaan valintojen, tulosten ja prosessin arviointi sekä tutkitun ja käytännön tiedon hankinta kehittämisen tukena ilmentävät tutkimuksellisuutta. Tässä kehittämishankkeessa tutkimuksellisuus ilmeni kehittämismenetelmien valintojen perusteluina ja niiden dokumentointina. Erityisesti kehittämisiltapäivän aikana teorian tieto siirtyi käytäntöön kehittäen samalla työelämää.



KUVIO 5. Tutkimuksellisen kehittämishankkeen näkökulmat (mukaillen Toikko & Rantanen 2009, 10)

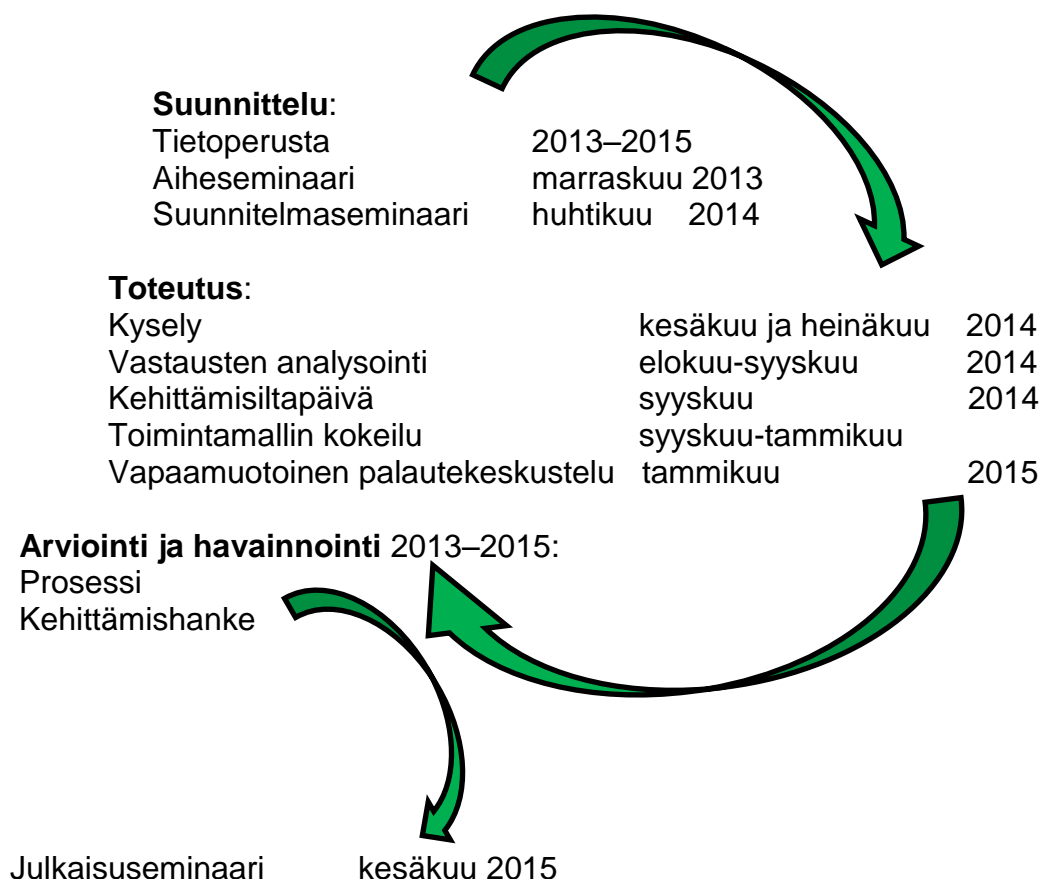
Toimintatutkimuksessa etenemisvaiheet seuraavat spiraalimaisesti toisiinsa (Heikkinen 2010, 220). Kehittämishankkeen eri vaiheet on kuvattu kuviossa 6. Kehittämishankkeen aiheen ideointi alkoi heinäkuussa 2013. Aiheen valinnan jälkeen aloitin kehittämishankkeen suunnittelun ja tietope-

rustaan perehtymisen, joka jatkui lähes kehittämishankkeen valmistumiseen saakka. Marraskuun 2013 aiheseminaarissa kehitettävä alue tarkentui enemmän työntekijöihin kohdistuvaksi. Kehittämishankkeen suunnittelu- ja suunnitteluseminaari oli huhtikuussa 2014, jonka jälkeen aloitin kyselylomakkeen suunnittelun. Tutkimuslupa- ja yhteistyösopimusasiat laitoin vireille Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän, Attendo Terveyspalvelujen ja Hausjärven kunnan kanssa huhtikuussa 2014.

Kaikki kehittämishankkeeseen liittyvät tilaisuudet pidin Oitin terveysasemalla, koska osallistujat käyvät siellä lähes päivittäin. Kyselyn toteutukset olivat kesä- ja heinäkuussa 2014 johtuen hyväksytyjen tutkimuslupien ja yhteistyösopimusten eriaikaisista palautumisista. Elo-syyskuussa 2014 analysoin saatua aineistoa ja suunnittelin kehittämisiltapäivän sisältöä. Syyskuussa kehittämisiltapäivässä pitämäni alustuksen jälkeen luotiin liikuntaneuvonnan toimintamalli. Tästä lähtien liikuntaneuvonnan toimintamallia kokeiltiin käytännössä tammikuuhun 2015 asti, jolloin pidin kehittämishankkeen vapaamuotoisen palautekeskustelun. Se mahdollisti kehittämishankkeen ja liikuntaneuvonnan toimintamallin arvioinnin antaen mahdollisuuden uuden toiminnan ymmärtämiseen osallistuneiden työyhteisöjen näkökulmista ja samalla antaen käytännön tietoa jatkokehittämiseen (vrt. Robson 2001, 53–54). Toimintatutkimuksella pyritäänkin todellisuuteen ja toiminnan ymmärtämiseen kokonaisvaltaisesti (Heikkinen & Syrjälä 2007, 145).

Kehittämishankkeen raportointi on edennyt samanaikaisesti toteutuneiden vaiheiden kanssa. Olen tehnyt arviointia peilaten asioita tietoperustaan, kehittämishankkeen tuloksiin ja omiin toimintatapoihin. Vuorovaikutustilanteiden havainnointi olennaisten asioiden kannalta auttaa oppimaan ja ymmärtämään tutkittavia asioita (vrt. Vilkkä 2007, 13, 16, 119). Tein muistiinpanoja havainnoistani kehittämishankepäiväkirjaan koko kehittämishankkeen ajan, sillä Huovisen ja Rovion (2007, 106–107) mukaan havaintojen ja ajatusten jäsentäminen sekä erilaisten kysymysten herääminen vievät

kehittämishanketta eteenpäin. Havainnot lisäävät esille tulleiden asioiden ymmärtämistä niiden asiayhteyksissään (Tuomi & Sarajärvi 2013, 81).



KUVIO 6. Kehittämishankkeen etenemisvaiheet yhdessä kehässä (mukail-
len Toikko & Rantanen 2009, 67)

Kehittämishankkeessa edistettiin kolmen työyhteisön hoitohenkilökunnan liikuntaneuvontaosaamista heidän osallistuttuaan uuden toimintamallin luomiseen learning cafe -menetelmän avulla. Toimintatutkimuksella pyritään osallistamaan työntekijöitä kehittämistyöhön samalla luoden uutta

tietoa asiasta (Ojasalo ym. 2009, 38, 58). Toimintatutkimuksen keskeisenä piirteenä onkin pidetty yhteisöllisyyttä, mutta tutkijalähtöisiä vivahde-eroja löytyy (Heikkinen 2010, 223–224). Hoitohenkilökunnan osallistamisen ja sitouttamisen yhtenä keinona voidaan pitää tiedonantoa, Huovisen ja Rovion (2007, 99) mukaan osallistujille on hyvä tuoda esille tutkimukseen osallistumisen hyödyt ja antaa selkeitä vastauksia esitettyihin kysymyksiin.

Tämän kehittämishankkeen orientoivassa tilaisuudessa ennen kirjallisen suostumuksen (liite 3) allekirjoittamista ja kyselyyn vastaamista kerroin hoitohenkilökunnalle muun muassa kehittämishankkeeseen osallistumisen hyödyistä ja kyselyyn vastaamisen merkityksestä heidän työnsä kannalta. Jaoin heille saatekirjeen (liite 4), jossa oli tietoa kehittämishankkeesta. Anttilan (2006, 267) mukaan kyselyn saatteena on hyvä olla tietoa esimerkiksi siitä, mihin saatua tietoa käytetään ja miten tunnistamattomuus suojataan. Tiedon antamisen lisäksi pyrin sitouttamaan osallistujia tapaamalla epävirallisesti (ennalta sopimatta) esimiehiä ja osaa hoitajista sekä lähettämällä heille sähköpostia pitääkseni heidät ajan tasalla kehittämishankkeen etenemisestä.

Kehittämishankkeeseen osallistuvien työyhteisöjen hoitajia oli yhteensä 34, joista 17 vastasi kontrolloituun kyselyyn. Kontrolloidussa kyselyssä tutkija jakaa henkilökohtaisesti kyselylomakkeet ja kertoo kyselyyn liittyvistä asioista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 196). Seuraavissa luvuissa kerron tarkemmin kehittämishankkeen toteutuksesta.

5.2 Kyselyt perustelut

Kyselyä pidetään hyvänä menetelmänä alkutilanteen selvitykseen (Ojasalo ym. 2009, 41) ja kyselyä voidaan käyttää toimintatutkimuksessa (Huovinen & Rovio 2007, 104). Kysely on taloudellinen menetelmä (Anttila 2006, 183), koska kyselylomakkeen täyttäminen vie vähän työaika ja kaikilta osallistujilta saadaan vastauksia samoihin kysymyksiin (Hirsjärvi ym. 2013, 193, 195). Olen saanut kyselyllä kuvauksen Hausjärvellä työskentelevien

kotihoidon, kotisairaanhoidon ja vastaanoton hoitajien liikuntaneuvonta-osaamisesta, sillä Tuomen ja Sarajärven (2013, 72) mukaan kyselyllä on mahdollista selvittää ihmisen ajatuksia ja toimintatapojen syitä. Osallistujat ovat olleet kehittämishankkeeseen sopivat, koska he kohtaavat ikäihmisiä työssään päivittäin ja edustavat eri toimialoja. Kaikkien kehittämishankkeeseen osallistuvien hoitajien haastattelu olisi vienyt paljon työaikaa (Tuomi & Sarajärvi 2013, 74) ja kysely oli sopivampi sen anonyymisyyden ja etäisyyden vuoksi (Hirsjärvi ym. 2013, 206).

Etäisyydellä tarkoitan sitä, että tutun työkaverin haastatteluun verrattuna kysely ei ole niin läheinen menetelmä ja kyselyä täytettäessä kysymyksiin vastataan ilman johdatteluja. Kyselyllä olen saanut dokumentoitua liikuntaneuvontaosaamisen hiljaista tietoa, jonka avulla on ollut mahdollista kehittää hoitajien liikuntaneuvontataitoja (vrt. Ojasalo ym. 2009, 20). Suljettujen kysymysten tarkoituksena on ollut sekä helpottaa että nopeuttaa kyselylomakkeen täyttämistä, koska Hirsjärven ym. (2013, 203) mukaan kyselylomakkeen täyttämiseen ei saa mennä liian pitkää aikaa. Olen suunnitellut kyselylomakkeen (liite 5) tietoperustan (Valli 2010b, 236) ja työkoemukseni pohjalta vastaajan näkökulmasta (vrt. Vilka & Airaksinen 2003, 59, 62). Kyselylomakkeessa oli kahdeksan avointa ja kuusi suljettua kysymystä.

Ensimmäisellä kysymyksellä olen halunnut selvittää, mitä liikuntaneuvonta käsitteenä hoitajien mielestä tarkoittaa, koska Kivimäen ja Tuunasen (2014, 9) mukaan liikuntaneuvonta on moniselitteinen käsite. Toinen kysymys liittyy asioihin, joita hoitajat huomioivat antaessaan liikuntaneuvontaa. Samaan aiheeseen liittyen olen kysynyt liikuntaneuvonnan antamistiheydestä, heidän tiedoistaan paikallisista ikäihmisten tilaisuuksista ja heidän saamastaan liikuntaneuvontakoulutuksesta. Kysymysten taustalla ovat olleet Kangasniemen ja Kauravaaran (2014, 26) sekä Vuoren (2013, 1755) toteamukset siitä, että liikuntaneuvontaa käytetään vähän perusterveydenhuollossa. Leinosen ym. (2007, 162) mukaan liikuntaneuvontaa

antavalla pitää olla tietoa paikallisista sosiaali- ja terveystalvaeluista sekä hoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta liikuntaneuvontatehtäviin.

Pelo-Arkko (2009, 90) toteaa, että liikuntaneuvontaa annettaessa on tärkeää tietää paikalliset sekä lähialueen liikuntapalveluja tuottavat tahot. Kivimäen ja Tuunasen (2014, 27) mukaan liikuntaneuvojilla on vaihteleva tietotaso liikuntaryhmistä riippuen siitä, mikä taho liikuntapalveluja tuottaa. Liikuntaryhmiin ohjaamisen lisäksi on tärkeää osata neuvoa myös muita aktiviteetteja, koska sosiaalisuutta lisäävät tapahtumat ovat merkityksellisiä ikäihmisille (Sulander 2013, 41) ja sosiaalinen inaktiivisuus ennakoi ikäihmisten laitoshoitoon joutumista (Pynnönen, Sakari-Rantala & Lyyra 2007, 31–33).

Kaatumisten ehkäisykeinoja olen kysynyt saadakseni käsityksen, kuinka hyvin hoitajat tietävät kaatumisiin vaikuttavista tekijöistä, sillä Palvasen ym. (2014, 268) mukaan kaatumisten ehkäisy onnistuu useiden tekijöiden huomioimisella. Kolehmainen (2013, 10) mukaan liikunta huomioidaan vähäisesti kaatumisten ehkäisyssä ja Mänty (2010, 76) toteaa riskihenkilöiden tunnistamisen olevan tärkeää kaatumisten ehkäisyssä. Riskiryhmässä ovat esimerkiksi ne ikäihmiset, joiden liikuntakyvyn huononeminen on vaarassa heikentyä kipujen vuoksi. Hoitamaton kipu lisää terveystalvaeluiden käyttöä ja kustannuksia, aiheuttaa kärsimystä, heikentää elämänlaatua sekä älyllistä että fyysistä toimintakykyä. (Lihavainen 2012, 65–66.) Kivun lisäksi on tärkeää huomioida aistitoimintojen merkitys ikäihmisten kaatumisten ehkäisyssä (Kulmala 2010, 78).

Kysymykset lisätietotoiveista asiakkaan paremman kotona selviytymisen tukemiseksi ja saadusta liikuntaneuvontaan liittyvästä koulutuksesta olen kysynyt myös sen vuoksi, että osaisin antaa asianmukaista tietoa kehittämisiltapäivässä. Liikuntaneuvontaa annettaessa pitää olla tietoa fyysisestä aktiivisuudesta, harjoituksista, toimintakyvystä ja ikääntymisestä (Leinonen ym. 2007, 162). Hoitajien pitää olla tietoisia omista neuvontataidoistaan paremman lopputuloksen aikaansaamiseksi (Elomäki 2011, 55). Toisaalta

Eklundin mukaan hoitajat eivät koe tarvitsevansa liikuntaneuvontaan liittyvää koulutusta, kun taas fysioterapeutit kokevat tarvitsevansa lisätietoa esimerkiksi liikuntaneuvonnan apuna käytettävistä työkaluista (Eklund 2012, 38). Motivoiva haastattelu -menetelmän käyttämiseen liittyvä kysymys on ollut kyselylomakkeessa siksi, koska sillä on todettu olevan hyviä vaikutuksia neuvonnan onnistumisessa (Rubak ym. 2005, 309). Tämän vuoksi olen halunnut tietää, kuinka laajasti se on hoitajilla käytössä.

FROP-lomakkeen (kaatumisvaaran arviointilomake, liite 2) käyttökysymyksen tarkoituksena on ollut saada tietoa lomakkeen ”tuttuudesta”, miksi se on jäänyt niin vähäiselle käytölle ja miten sen voisi saada paremmin käyttöön. FROP-lomakkeen käyttö on olennaista kaatumisvaaraa arvioitaessa. Kaatumisten ehkäisy on tärkeää, mutta toimenpiteet sen toteuttamiseksi ovat usein puutteelliset (Kolehmainen 2013, 9–14). Nykyisessä työssä kertynyttä aikaa olen kysynyt siksi, koska halusin tietää kuinka hyvin FROP-lomakkeen käyttö on tiedossa suhteessa työssäoloaikaan. Pitkä työura viittaa myös ikääntyvään työntekijään. Oman toimintakyvyn ylläpito on tärkeää jatkuvasti, mutta keski-ikästä lähtien vaikutukset ovat merkityksellisiä pitkälle tulevaisuuteen, sillä toimintakyvyttömyyden riski on suurempi niillä, jotka ovat keski-ikästä lähtien olleet vähemmän aktiivisia (von Bonsdorff 2009, 70). Vastauksista on lisäksi mahdollista päätellä, miten laajasti toimintakyvyn ylläpitäminen ymmärretään.

Olen halunnut selvittää sisältykö liikuntaneuvonta hoito- ja palvelusuunnitelmiin, koska liikuntaneuvonnalla on todettu olevan suotuisia vaikutuksia ikäihmisten kotona selviytymiseen (Mänty 2010, 66). Ikäihmisten osallisuutta esimerkiksi omien palvelujensa suunnittelussa on tuettava erityisesti, kun heidän toimintakykynsä on heikentynyt (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013a, 20). Niin kutsuttu vanhuspalvelulaki painottaa, että ikäihmisten palvelujen suunnittelussa pitäisi huomioida kotona asumisen tukeminen ja kuntoutukselliset toimenpiteet (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 2012, 5 §). Sosiaali- ja terveysministeriön (2013b, 27) valtakunnallinen linjaus on ikäihmisten

itsenäisen asumisen turvaaminen parantamalla kotiin vietäviä palveluita ja Hausjärven kotihoidon tavoitteet ovat edellä mainittujen linjausten ja lain hengen mukaiset (Kotipalvelu).

5.3 Kyselyn toteutus ja vastausten analysointi

Kyselyn toteutuksen onnistuminen perustuu hyvin suunniteltuun ja muotoiltuun kyselylomakkeeseen (Valli 2010a, 103). Kysymysten valinnan ja lomakkeen ulkoasun suunnittelun jälkeen pilotoitiin eli esitestasin kyselylomaketta. Alkuperäinen suunnitelma testata kyselylomaketta toisen terveysaseman vastaavissa tehtävissä olevilla hoitajilla ei onnistunut, sillä kukaan ei palauttanut kyselylomaketta kahdesta muistutuksesta huolimatta. Tämän vuoksi kyselylomakkeen esitestasivat Oitin terveysasemalla työskennelleet, kehittämishankkeeseen osallistumattomat sairaanhoitajat. Esitestaamalla olen saanut selville kyselylomakkeen puutteet ja epäselvyydet. Näin olen pystynyt korjaamaan kyselylomaketta ennen varsinaista kyselyä parantaen samalla kehittämishankkeen onnistumista. Hirsjärvi ym. (2013, 198, 204) toteavat esitestauksen tuovan esiin kyselylomakkeen heikkouksia, joihin puuttamalla parannetaan kyselyn onnistumista.

Kyselyn ajankohdan sopimisen jälkeen tein jokaiselle vastaanoton ja kotisairaanhoidon hoitajalle henkilökohtaisen kutsun kehittämishankkeen orientoivaan tilaisuuteen kesäkuulle 2014. Kotihoito ei osallistunut samaan tilaisuuteen, koska en ollut saanut vielä myönteistä tutkimuslupaa ja yhteistyösopimusta heidän osaltaan. Orientoivassa tilaisuudessa kerroin muun muassa kehittämishankkeestani, osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja tietosuojasta. Alustuksen ja saatekirjeen antamisen jälkeen pyysin paikalla olevilta kahdeksalta hoitajalta kirjallisen suostumuksen kehittämishankkeeseen osallistumisesta. Myönteisen suostumuksen antaneille eli kaikille paikalla oleville jaoin kyselylomakkeet ja poistuinkin paikalta kyselylomakkeiden täyttämisen ajaksi. Kyselylomakkeet palautettiin huoneessa olevaan laatikkoon. Tällä tavoin sain vastaukset kaikilta paikalla olleilta ja sain vähennettyä vastauskadon osuutta.

Täytetyt kyselylomakkeet säilytin vastauslaatikossa lukollisessa kaapissa kotihoidon hoitajien vastauksia odottaen. En aloittanut vastausten analysointia tunnistamattomuuden suojaamiseksi. Kotihoidon samansisältöinen orientoiva tilaisuus oli heinäkuussa 2014 saatuni myönteisen luvan Hausjärven kunnasta kehittämishankkeen toteuttamiseen. Orientoivan tilaisuuden kutsu oli kotihoidon tiloissa ja yhdeksän hoitajaa osallistui tilaisuuteen. Osallistujien vähäisyyden vuoksi sovimme kotihoidon esimiehen kanssa, että jätän kotihoidon tiloihin meidän molempien lomiemme ajaksi lomalta töihin palaaville hoitajille 16 kyselylomaketta sekä saatekirjeet, suostumuslomakkeet ja lisätiedot kehittämishankkeesta sekä kyselyn palauttamisesta. Näistä kyselylomakkeista yksikään ei palautunut täytettynä.

Elokuussa 2014 aloitin vastausten analysoinnin. Kyselyn suljettujen kysymysten vastaukset olen analysoinut suorina jakaumina, koska kyselyyn on osallistunut 17 hoitajaa. Olen kuvannut luvut kuvioiden avulla (Vilkkä & Airaksinen 2003, 57). Tilastollista käsittelyä ei ollut järkevää tehdä osallistumismäärän jäädessä alle 50 (Anttila 2006, 183; Vilkkä & Airaksinen 2003, 62). Avoimien kysymyksien vastaukset olen analysoinut aineistolähtöisellä sovelletulla sisällönanalyysillä käyttäen induktiivista päättelytapaa ja tästä on esimerkki liitteessä 6. Induktiivinen päättelytapa tarkoittaa yksittäisistä ilmauksista etenemistä yleisiin ilmauksiin (Eskola & Suoranta 2003, 83).

Sisällönanalyysillä voidaan tuottaa uutta näkemystä asioista sekä saada esille piileviä tosiasioita (Anttila 2006, 292). Sisällönanalyysi on myös teoreettinen viitekehys, joka ei ole sidottu pelkästään laadulliseen tutkimukseen. Sisällönanalyysissä etsitään merkityksiä tekstistä, ei niinkään analysoida sitä, miten merkityksiä on tuotettu tekstissä. Sisällönanalyysin avulla pystytään hahmottamaan kokonaisuuksia pienistä ilmauksista, koska sillä kuvataan sanallista sisältöä. Aineistolähtöiset eli alkuperäiset arkikielen ilmaukset muodostavat analyysin perustan pelkistämällä ilmaukset asiakielisiksi käsitteiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 22, 91, 95, 104, 106.)

Yksittäisten avointen kysymysten vastaukset pelkistin eli redusoin pilkkomalla vastaukset osiin. Alkuperäiset ilmaukset kuten ”kipeään raajan kuntoutukseen ja jumppaan fysioterapeutti neuvoo ohjeita” pelkistin kipuun liittyväksi neuvonnaksi. Tämän jälkeen ryhmittelin eli klusteroin vastausaineiston etsien samankaltaisuuksia. Yhdistin samankaltaiset pelkistetyt ilmaukset alaluokiksi esimerkiksi neuvonnaksi. Alaluokkaan neuvonta kuuluivat muun muassa ilmaukset kipuun, painonhallintaan ja toimintakykyyn liittyvistä neuvonnoista. Alaluokat kuten neuvonta ja ohjaus yhdistin yläluokaksi valistaminen. Käsitteellistin eli abstrahoin aineistoa yläluokiksi valistaminen, turvallisuustekijöiden huomiointi, arvioiminen ja rohkaiseminen. Jatkoin luokittelua vielä pääluokaksi, sillä se oli aineiston sisällön näkökulmasta mahdollista. Pääluokaksi muodostui: liikuntaneuvonnan tarkoitus on ikäihmisten valistaminen, arviointi ja rohkaiseminen turvallisuus huomioiden. Analysoinnin lopuksi sain muodostettua koko aineistoa yhdistävän luokan: hoitohenkilökunnan tieto liikuntaneuvonnasta ja kaatumisten ehkäisykeinoista. (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2013, 109–113; Miles & Huberman 1994, 55–66, 183–184.)

Yksittäisistä vastauksista kerääntyi aineiston pohjalta teoreettinen kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95). Analysoinnin yhteenvedona eli synteesinä sain aineistosta hahmotettua asiakokonaisuudet (Laine 2010, 43), jotka hoitohenkilökunta jo hallitsee ja tietää.

5.4 Liikuntaneuvonnan toimintamallin luominen

Kesäkuussa 2014 sovitun kehittämisiltapäivän pidin saman vuoden syyskuussa 20 hoitajalle. Aloitin kehittämisiltapäivän kertomalla kyselyn tuloksista herättäen samalla keskustelua ja motivaatiota toimintatapojen uudistamiseen. Toikko ja Rantanen (2009, 117) kutsuvat tällaista toimintaa reflektiiviseksi herättelyksi. Kyselyn tuloksista tehtyjen johtopäätösten pohjalta pidin alustuksen, jossa kerroin muun muassa liikuntaneuvontaosaimista kehittävästä menetelmästä, kaatumisiin vaikuttavista tekijöistä ja ikäihmisten kotona selviytymistä tukevista täsmäharjoituksista.

Alustuksen lopuksi kerroin learning cafe -menetelmästä, jonka avulla liikuntaneuvonnan toimintamalli luotiin. Learning cafe -menetelmän eduksi olivat verrattuna muihin yhteisöllisiin ideointimenetelmiin, kuten aivoriikkeen tai kuuteen hattuun (Ojasalo ym. 2009, 44–45, 147), sen vapaamuotoisuus, sana cafe ja osallistujien sopiva kokonaismäärä toimivaan learning cafeseen sekä käytännön tilamahdollisuudet työpaikalla.

Learning cafe -menetelmän valintaan vaikutti myös se, että olin aiemmin osallistunut learning cafe -menetelmällä toteutettuun kehittämisiltapäivään. Tämän vuoksi osasin hahmottaa osallistujan näkökulmasta learning cafe -menetelmän toimintaa ja kerroin siitä ennen sen varsinaista toteuttamista. Learning cafe -menetelmän taustalla on Ikujiro Nonakan ja Hirotaka Takeuchin tietoteoria hiljaisen tiedon siirtämisestä työpaikoilla. Hiljainen tieto siirtyy parhaiten yksilöltä toiselle vapaamuotoisten ”seurallisten” keskustelujen myötä. Tiedon luomista vahvistetaan työpaikan eri tasoilla mahdollistamalla luomiseen soveltuvat olosuhteet. (Nonaka & Takeuchi 1995, 122, 109, 224–246.)

Kupiaksen mukaan learning cafe -menetelmän tarkoituksena on saada aikaan vuorovaikutuksellista keskustelua mahdollisimman monesta näkökulmasta luoden samalla uusia ideoita. Käytännössä learning cafeseen osallistuvat henkilöt keskustelevat hetken yhden pöydän ääressä, jonka jälkeen he siirtyvät toiseen pöytään. Keskustelujen aiheet voivat vaihdella pöytäkohtaisesti. Yleensä pöydässä säilyy yksi tai useampi keskustelija, jotka pohjustavat keskustelua pöydässä vaihtuvien henkilöiden kanssa. Keskustelujen tuotokset kirjoitetaan liinaan, joiden pohjalta jokainen ryhmä kiteyttää tuotoksensa tärkeimpiin näkökulmiin tai asioihin. Learning cafen puheenjohtaja tekee näistä suullisen yhteenvedon lopuksi ja toimittaa kirjallisen yhteenvedon osallistujille myöhemmin. (Kupias 2007, 93–94.)

Kehittämisiltapäivän learning cafessa oli neljä valmiiksi teemoitettua pöytää. Teemoina olivat helposti, ”normaalisti”, vaikeasti ja haastavasti neuvottavat ikäihmiset. Jaoin hoitajat ryhmiin teemojen avulla heidän tulles-

saan paikalle. Ryhmäytyminen ja samalla hyvän ilmapiirin luominen tapahtui teemoja kuvaavilla ryhmäytymislapuilla, joiden tarkoituksena oli herättää yleistä keskustelua ennen aloittamista. Aloitusaika siirtyi 15 minuutilla odottaessamme myöhässä tulevia ja lyhentyneen ajan vuoksi supistin aihealueita, jotta toimintamallin luomiseen jäi riittävästi aikaa. Liikuntaneuvonnan toimintamallin luomiselle olin varannut tunnin ajan: kullekin keskustelulle kymmenen minuuttia ja yhteenvedon tekemiselle 20 minuuttia.

Keskustelujen tarkoituksena oli ideoida, millä keinoin ikäihmisiä voi neuvoa ja motivoida liikkumaan sekä saada edistämään heidän toimintakykyään samalla huomioiden heidän muutosvalmiutensa. Oivallukset ja ideat kirjoitettiin muistiin pöydällä olevaan liinaan. Hoitajat kiersivät pöydissä ryhmitäin ja emännät pysyivät pöydissään keräten keskustelun tuotokset jatkaen niiden avulla keskustelua seuraavan ryhmän kanssa. Puheensorina oli vilkasta ja yhteistyö sujui hyvin kaikkien kesken. Kaikkien kierrettyä pöydät teimme yhteenvedon: jokainen ryhmä kiteytti ideansa ja oivalluksensa muutamiin tärkeimpiin asioihin. Saimme koottua oleelliset asiat ja pääsimme yhteisymmärrykseen toimintamallista. Jätimme pois muutosvalmiustot, koska poissaoleville transteoreettinen muutosvaihemalli ja motivoiva haastattelu voivat olla vieraita menetelmiä. Kehittämispäivän jälkeen tein toimintamallin yhteenvedon sekä toivotut liikeharjoitteet ja yhteystiedot kirjallisesti. Jaoin kirjalliset materiaalit vastaanotolle, kotisairaanhoidon ja kotihoidon esimiehelle.

Kehittämispäivän tuotoksena syntyi liikuntaneuvonnan toimintamalli ARKIAAMU, jota kokeiltiin käytännössä neljän kuukauden ajan FROP-lomakkeen käytön yhteydessä. Liikuntaneuvonnan toimintamalli oli FROP-lomakkeen kääntöpuolella ja terveysaseman sairaanhoitajan ja fysioterapeutin ajanvaraustiedot olivat samassa monisteessa liikeharjoitusten kanssa, sillä Kivimäen ja Tuunasen (2014, 29) mukaan liikuntaneuvontaa tukee valmiin materiaalin olemassa olo ja sen käyttäminen.

5.5 Vapaamuotoinen palautekeskustelu

Tiedonvaihdon mahdollistava palautekeskustelutilaisuus on hyvä järjestää, jotta osallistujat pystyvät antamaan mielipiteensä ja havaintonsa kokemistaan asioistaan. Tällainen tiedonvaihtoa koskeva tilaisuus mahdollistaa jatkokehittämisen. (Robson 2001, 53–54.) Eskolan ja Suorannan (2003, 94–95) mukaan ryhmässä tapahtuva keskustelu antaa mahdollisesti enemmän tietoa, sillä toiset voivat innostaa toisia puhumaan erityisesti jos taustalla on yhteinen kokemus asiasta. Lahtosen mukaan keskustelu menetelmänä mahdollistaa osallistujien kokemustiedon käyttämisen muutoksen voimavarana, sillä keskustellessa pystyy osallistamaan ihmisiä kertomaan syvällisemmin puheenaiheista. Keskustelussa huomioidaan osallistujat oman työnsä parhaina asiantuntijoina ja samalla tuetaan kokemusten vaihtoa eri työyhteisöjen kesken. (Lahtonen 1999, 203–209.)

Kehittämishankkeen vapaamuotoiseen palautekeskusteluun osallistui 11 hoitajaa tammikuussa 2015. En nauhoittanut palautekeskustelua, koska vapaamuotoisen keskustelun nauhoittaminen voi Robsonin (2001, 143) mukaan tuhota keskustelun epävirallisuuden. Palautekeskustelun tarkoituksena oli saada kaikista osallistuneista työyhteisöistä arvioivia mielipiteitä kehittämishankkeesta ja liikuntaneuvonnan toimintamallista. Palautekeskustelulla oli tarkoitus saada selville käytännössä havaittuja liikuntaneuvonnan toimintamalliin liittyviä ongelmia sekä innostaa käyttämään tehtyä toimintamallia jatkossakin. Keskustelu vaati aluksi hieman herättelyä, mutta kysymysten avulla sain keskustelun viriämään ja sain palautetta toivomistani asioista kaikista osallistuneista työyhteisöistä. Robsonin (2001, 136, 141, 143) mukaan arvioinnin kannalta on tärkeää tehdä muistiinpanoja välittömästi keskustelun jälkeen ja arvioijan keskustelutaidot ovat merkitykselliset arvioinnin onnistumisen kannalta, koska kysymykset eivät saa olla johdattelevia omien näkemysten edistämiseksi. Tein muistiinpanoja palautekeskustelun aikana ja lopuksi pyysin jokaiselta kirjallisen palautteen, ettei mikään tärkeäksi koettu asia jäänyt mainitsematta ja kaikki saivat mahdollisuuden kertoa nimettömästi omista kokemuksistaan.

6 KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET

6.1 Kyselyn tulokset

Kyselyyn on vastannut 17 hoitajaa 34 hoitajasta. Suljettujen kysymysten vastaukset on esitetty makaavina pylväskuviaina, jotka ovat Hirsjärven ym. (2013, 342) mukaan helpommin luettavia. Avointen kysymysten vastaukset on analysoitu soveltavalla sisällönanalyysillä, josta on esimerkki liitteessä 6.

Vastaajien mielestä liikuntaneuvonta tarkoitti valistamista, rohkaisemista ja arviointia. Valistamiseen sisältyvät ilmaukset liittyivät muun muassa painon hallinnan, liikkumisen ja apuvälineiden neuvontaan sekä ohjaukseen. Motivoinnin, kannustamisen ja tukemisen ilmaukset sisältyivät rohkaisemiseen ja arvioinnin ilmaukset liittyivät asiakkaan olotilaan sekä tilanne- ja riskikartoituksiin. Arvioitavia asioita olivat asiakkaan nykytila, liikunta- ja suorituskky.

Edellä mainittujen lisäksi turvallisuuden huomiointi ja tiedon antaminen mainittiin liikuntaneuvonnan tarkoituksiksi. Turvallisuuden huomioinnin ilmauksia olivat turvallinen ympäristö, turvalliset liikkeet ja liikkeiden suorittamisen valvonta. Tiedon antamisen ilmaukset kohdistuivat liikunnan hyötyihin.

Liikuntaneuvonta on sitä, että katsotaan mikä on asiakkaan tila ja lähdetään yhdessä kokeilemaan mikä on mahdollista ja neuvotaan tekemään liikkeitä turvallisesti.

Liikuntaneuvontaa antaessaan vastaajat huomioivat useimmin asiakasläh- töisiä tekijöitä, joista eniten ilmauksia tuli asiakkaan motivaatiosta, sairauksista ja iästä. Vastaajat huomioivat myös käytännön resurssit ja erilaiset motivointikeinot. Käytännön resursseihin sisältyivät ilmaukset muun muassa käytettävissä olevasta ajasta, asiakkaan kotiympäristön suomista liikkumismahdollisuuksista ja hänen varallisuudestaan, välineiden sekä lähi-

liikuntapaikkojen olemassaolosta. Vastaajat mainitsivat motivointikeinoina erilaisten näkökulmien antamisen liikunnan hyödyistä ja liikkeiden tekemisen yhdessä asiakkaan kanssa sekä hänen menneisyytensä huomioimisen.

Sairaudet, iän, persoonallisuuden, asiakkaan aiemmat liikuntatottumukset/aktiivisuus. Ympäristö. Kuinka on mahdollista toteuttaa.

Vastaajien mukaan kaatumisia voidaan ehkäistä turvallisuustekijöillä, liikkumisen sujuvuuden edistämällä, hyvällä fyysisellä toimintakyvyllä ja sairauksiin liittyvien asioiden huomioimisella. Turvallisuustekijöihin sisältyivät valaistuksen ja tavaroiden sijoittelun huomiointi, turvallisuutta lisäävien apuvälineiden sekä liukuesteellisten sukkien tai jalkineiden käyttäminen. Liikkumisen sujuvuuden näkökulmasta vastaajat toivat esille liikkumista helpottavien apuvälineiden käytön ja kodin muuttamisen esteettömämmäksi muun muassa poistamalla kynnyksiä ja esteitä kodin kulkuväyliltä. Fyysisen toimintakykyyn liittyen vastaajat mainitsivat tasapainon ja lihas-kunnon ylläpitoon sekä edistämiseen liittyviä ilmauksia. Sairauksiin liittyviin asioihin sisältyivät huimauksien huomioiminen, lääkitysten tarkistaminen ja perussairauksien hyvä hoito. Kaatumisten ehkäisyn keinoina oli mainittu näön huomiointi, neuvonta ja ohjaus yksittäisin ilmauksin.

Esteiden poistamisella. Tasapainoharjoituksin. Apuvälineiden käytöllä (rollat, kävelykepit, käden sijat...).

Ikäihmisten kotona selviytymisen tukemiseksi vastaajat halusivat kehittää osaamistaan erilaisissa käytännön asioissa. Vastaajat halusivat lisää tietoa ja käytännön esimerkkejä muun muassa helppojen ohjeiden, apuvälineiden ja liikuntamäärien osalta. Motivointitaitojen kehittämiseen ja ajan parempaan hallitsemiseen kaivattiin lisää oppia.

Millä saisi motivoitua asiakkaat liikkumaan? Sukulaiset, ystävät, fysioterapeutit myös tukemaan toimintaa. Aika ei riitä. Ohjeita työntekijän oman työkyvyn ylläpitämiseen, jotta pystyisi ohjaamaan paremmin asiakkaita.

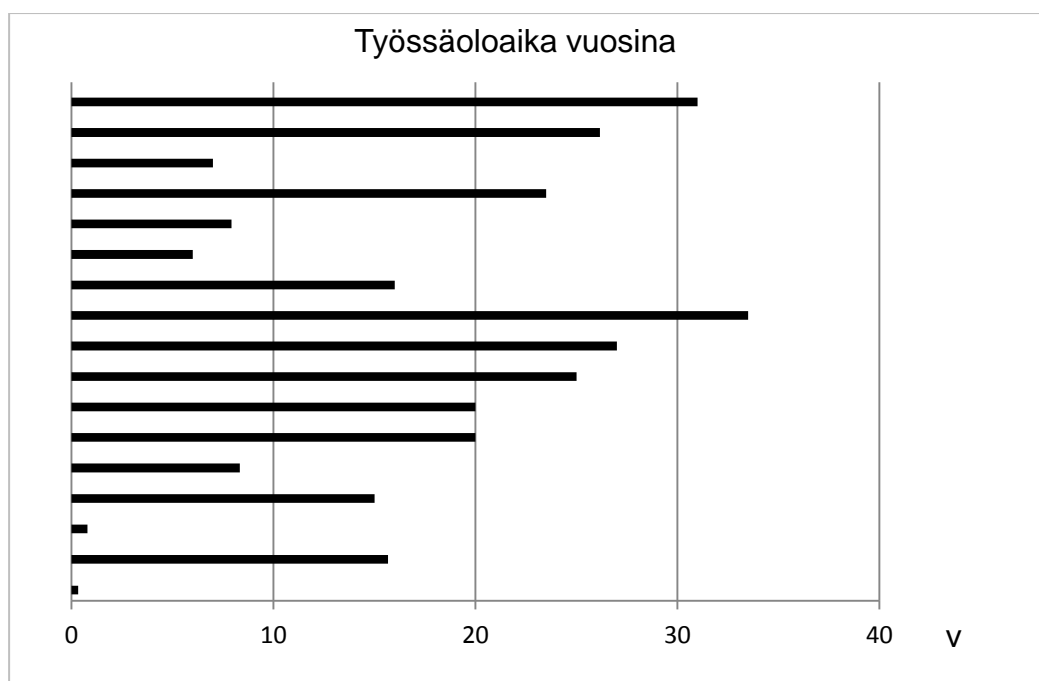
Vastaajat käsittivät toimintakyvyn ylläpidon fyysisestä toimintakyvystä huolehtimisena ja terveellisten elintapojen noudattamisena. Yksittäiset vastaajat ilmaisivat toimintakyvyn ylläpidon keinoina myös huolehtimisen ergonomiasta, sosiaalisesta ja psyykkisestä hyvinvoinnista sekä olla huolehtimatta lainkaan toimintakyvystä.

Liikkumalla, pelaamalla, juoksemalla, arkiliikunnalla. Kävelyllä, pyöräilyllä. Uimisella silloin tällöin.

FROP-lomakkeen käyttö ei ollut yhteydessä työssäoloajan pituuteen, sillä sen käytön esteinä olivat kotisairaanhoidon ja vastaanoton vastaajien mielestä FROP-lomakkeen merkityksen epäselvyys ja ajan puute. (FROP-lomake ei ollut käytössä kotihoidossa ennen kehittämishanketta.) FROP-lomakkeen käytön lisäämisen keinoina mainittiin lomakkeen merkityksen selventäminen ja FROP-lomakkeen täytön jälkeisten jatkotoimenpiteiden esilletuominen. Vastaajista kolmannes oli vastannut Mitä muuta haluaisit kertoa -kysymykseen. Nämä vastaajat toivat esille kotikuntoutuksen ja liikunnan tärkeyden sekä toivoivat lisää resursseja ja asiakkaan huomioimista.

Hyvä, jos työtä kehitetään myös tältä kannalta. Monesti ”kotikuntoutus” unohtuu, jos —:lla ei ole riittävää osaamista/aikaa asiakkaan kuntouttamiseen esim. halvauksen jälkeen asiakkaan toimintakyky ei parane tai jopa huononee entisestään.

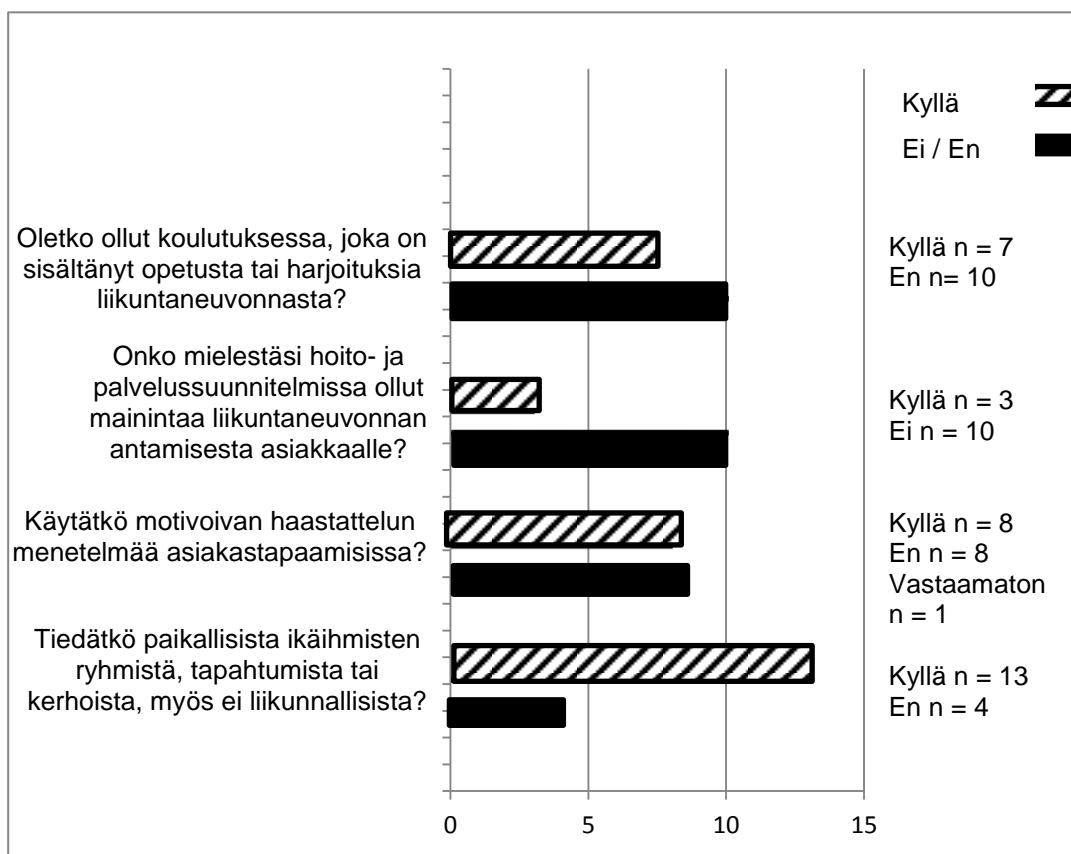
Vastaajat olivat olleet nykyisessä työpaikassa neljästä kuukaudesta 33,5 vuoteen. Suurin osa oli ollut töissä yli kymmenen vuotta, tarkemmin työssäoloajat selviävät kuvioista 7.



KUVIO 7. Vastaajien nykyisessä työssä kertynyt aika, (n=17)

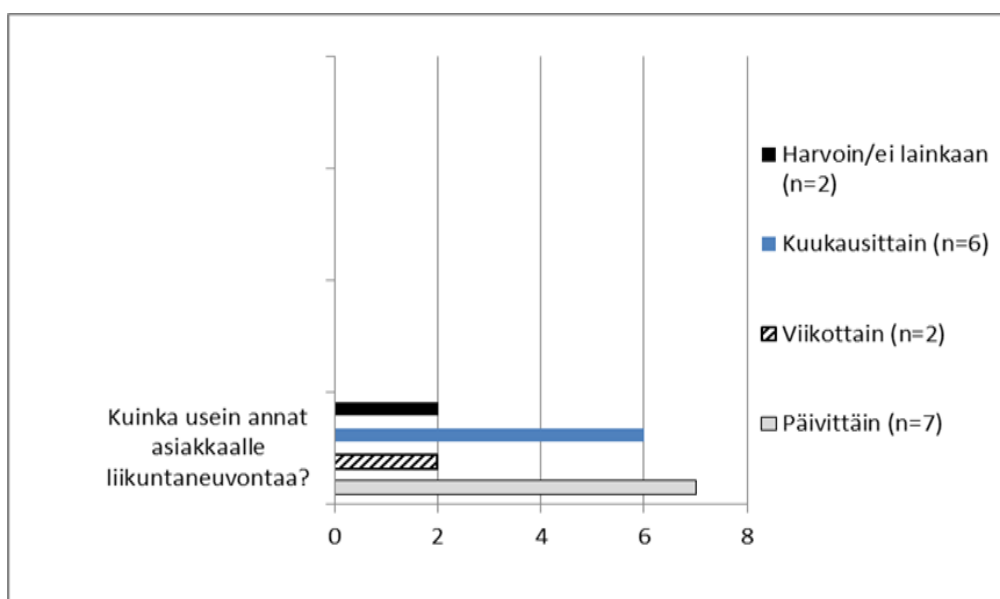
Kotihoidon ja kotisairaanhoidon hoitajat ovat mukana hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimisessa ja he ovat vastanneet kysymykseen, joka liittyi liikuntaneuvonnan mainintoihin hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Kysymykseen vastanneista noin neljäsosan mielestä liikuntaneuvonnan antaminen on mainittu hoito- ja palvelusuunnitelmissa (kuvio 8). Näistä vastaajista yhden mukaan liikuntaneuvonnan antaminen oli mainittu viidesti hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Muut eivät olleet laittaneet mainintakertojen määrää.

Motivoiva haastattelu -menetelmä oli käytössä lähes puolella vastaajista (kuvio 8). Liikuntaneuvontaosaamiseen liittyvässä koulutuksessa oli ollut vajaa puolet vastaajista (kuvio 8). He vastasivat olleensa yhdestä useampaan kertaan kyseisissä koulutuksissa. Paikallisia ikäihmisille suunnattuja ryhmiä, tapahtumia ja kerhoja vastaajat tiesivät hyvin (kuvio 8) ja kolmasosa vastaajista oli ohjannut asiakkaitaan edellä mainittuihin tilaisuuksiin.



KUVIO 8. Yhdistetty kuvio osasta suljettujen kysymysten vastauksia

Suurin osa vastaajista antoi säännöllisesti liikuntaneuvontaa ikäihmisille (kuvio 9). Yleisimmin liikuntaneuvontaa annettiin päivittäin tai kuukausittain.



KUVIO 9. Liikuntaneuvonnan antamistiheys

6.2 Liikuntaneuvonnan toimintamalli

Pitämäni alustuksen ja learning cafen -keskustelujen yhteenvetona tuli esille liikuntaneuvonnassa huomioitavia käytännönläheisiä asioita, jotka pystyin yhdistämään sanaan arkiaamu. Liikuntaneuvonnan toimintamallin yhdistin FROP-lomakkeeseen sen toiselle puolelle, koska ajattelin tämän helpottavan ja muistuttavan liikuntaneuvonnan toimintamallin käytöstä. Liikuntaneuvonnan toimintamallin kirjaimet kuvaavat seuraavia asioita.

A arvioi itseäsi neuvojana, asiakkaan muutosvalmiutta ja yleistilaa (ravitus, näkö, kuulo ja lääkitys).

R ristiriidan luominen nykyisen ja muutoksen tuoman tulevaisuuden välille. Rohkaise muutokseen.

K kokoa yhteen eri näkökulmia. Keskustele. Kehu. Kannusta.

I ihan pienestä tavoitteesta aloitus. Innosta. Iloa arkeen.

A ammenna oivalluksen syttymistä menneisyydestä, välineistä, päivärytmistä, ohjaamalla lihaskunto/tasapainotestaukseen, tiedon antamisesta (esim. liikuntapiirakka) ja television ohjelmista (esim. Studio 55).

A auta repsahduksissa, sitoutumisessa muutokseen, turvalliseen liikkumiseen ja vastuunottoon itsestään.

M motivoi empaattisesti ulkoilemaan, lenkkikaverin löytämiseen, erilaisiin ryhmiin ja olemaan sosiaalisesti aktiivinen.

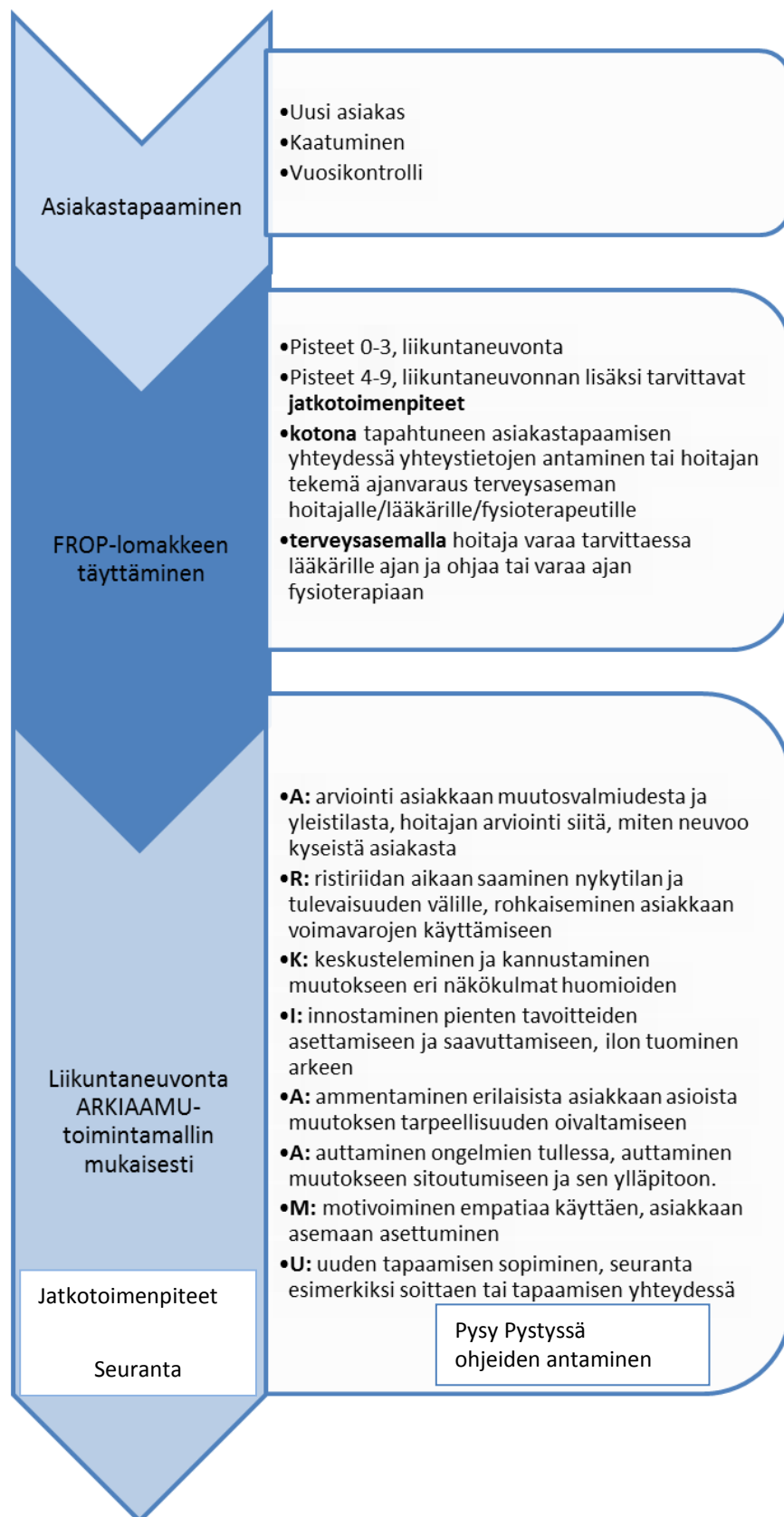
U uusi tapaaminen, tee sopimus.

Liikuntaneuvonnan toimintamallin käyttämisen tueksi erittelin FROP-pisteiden pohjalta käytännön harjoituksia ja muita toimenpiteitä, joita on hyvä tehdä kussakin kaatumisvaaratilanteen arviointikohdassa. Näitä arviointikohtia ovat vähäinen, kohonnut ja erittäin korkea kaatumisvaara. Tein myös erillisen asiakkaille jaettavan monisteen tukemaan liikuntaneuvontaa ja moniammatillista yhteistyötä learning cafe -keskustelujen ja kyselyn vastauksissa esiintyneiden toiveiden vuoksi. Monisteessa oli Pysy Pystyssä -harjoituksia ja yhteystiedot terveysaseman sairaanhoitajan ja fysioterapeutin vastaanoton ajanvaraamiseen.

Käytännössä liikuntaneuvonnan toimintamalli etenee kuvion 10 mukaisesti. Asiakas kohdataan kotona tai terveysasemalla. Tapaamisen syynä voi olla kaatuminen, kotihoidon tai kotisairaanhoidon uusi asiakas tai vastaanotolla tapahtuva vuosikontrolli olemassa olevan sairauden vuoksi. Asiakas arvioidaan FROP-lomakkeen pohjalta ja vähäisessä kaatumisvaarassa olevat saavat liikuntaneuvontaa arvioinnin tehneeltä hoitajalta samalla käynnillä. Mikäli kaatumisvaara on kohonnut, liikuntaneuvonnan lisäksi sovitaan tarvittavat jatkotoimenpiteet. Muistisairauden tai hoitajan arvioiman muun syyn vuoksi terveysaseman hoitaja varaa ajan tarvittaessa lää-

kärille ja fysioterapeutille, muutoin asiakkaalle annetaan fysioterapeutin yhteystiedot.

Kotona tapahtuneen kaatumisvaaran arvioinnin jälkeen liikuntaneuvonnan lisäksi hoitaja antaa tarvittaessa terveysaseman vastaanoton hoitajan ja fysioterapeutin yhteystiedot tai hoitaja tiedottaa ajan tarpeellisuudesta terveysaseman hoitajalle ja fysioterapeutille. Fysioterapeutin vastaanotto tai kotikäynti on mahdollista tehdä ilman lääkärin lähetettä kaikille hoitajien arvioimille asiakkaille, kuitenkin resurssien rajallisuuden vuoksi suunnaten käynnit erityisesti kohonneessa kaatumisvaarassa oleville asiakkaille. Seuranta ja muutoksen toteutumisen tukemista tekevät kaikki asiakkaan kanssa kontaktissa olevat hoitajat ja fysioterapeutit esimerkiksi kysymällä ulkona liikkumisesta tai muistuttamalla tehtävistä harjoituksista.



KUVIO 10. Liikuntaneuvonnan toimintamalli

6.3 Vapaamuotoisen palautekeskustelun anti

Vapaamuotoiseen palautekeskusteluun osallistui 11 hoitajaa. Jokainen kehittämishankkeeseen osallistunut työyhteisö oli edustettuna palautekeskustelussa. Hoitajat olivat tyytyväisiä kehittämishankkeen aiheeseen ja siihen, että kehittämishankkeen ansiosta he ovat sisäistäneet ikäihmisten kotona selviytymistä tukevia keinoja ja saaneet konkreettisia käytännön vinkkejä liikuntaneuvonnan toteuttamiskeinoista. Kehittämishanke oli toiminut myös muistuttavana tekijänä pienten aktiivisuushetkien tärkeydestä ikäihmisten toimintakyvyn ylläpidossa ja edistämisessä sekä miten eri asioiden huomiointi vaikuttaa hoito- ja hoivapalveluiden tarpeeseen.

Kehittämisisiltapäivää pidettiin innostavana ja mielekkäänä vaihteluna verrattuna perinteisiin luentoihin. Kehittämisisiltapäivän ilmapiiri oli koettu hyväksi ja yhteistyötä edistäväksi asiaksi. Kehittämisisiltapäivä ja palautekeskustelu olivat informatiivisia, sillä osa hoitajista koki saaneensa uutta tietoa. Osa hoitajista kertoi saaneensa asioiden kertausta ja innostusta liikuntaneuvonnan antamiseen. Hoitajat sanoivat, että liikuntaneuvonnan antaminen ja FROP-lomakkeiden käyttäminen lisääntyi selkeästi kehittämishankkeen aikana.

Hoitajat ovat kokeneet ajanpuutteen suurimmaksi esteeksi liikuntaneuvonnan antamiselle. Asiakkaat ovat moniongelmaisia ja resurssien vähäisyyden vuoksi palvelujen antaminen on priorisoitava. Tämän vuoksi osa hoitajista on kirjannut sähköisen potilastietojärjestelmän suunnitelmakohtaan sen, että seuraavalla käynnillä on aikaa myös liikuntaneuvonnalle. Koetusta ajanpuutteesta huolimatta istumisen vähentämisen puheeksi ottaminen on lisääntynyt ja arkisten askareiden tekeminen asiakkaan puolesta on vähentynyt. Motivaation herättämisen osa on kokenut haastavaksi tehtäväksi, sillä huonokuntoisempien ja moniongelmaisempien asiakkaiden hoito kotona työntekijämäärien ollessa ennallaan vaatii enemmän aikaa ja innostaminen omatoimisuuteen on välillä turhauttavaa kiireen vuoksi.

Osalla hoitajista ei ollut tietoa koko toimintamallista tai siihen liittyvistä kirjallisista materiaaleista. Heille kehittämishankkeen tuotosten olemassaolo selvisi vasta vähän ennen palautekeskustelua. Tämän vuoksi usean hoitajan toiveena oli se, että jatkossa yhteydenpito ja tiedonvälitys tapahtuisivat hoitajille suoraan. Palautekeskustelussa tuli esille myös sähköisen potilastietojärjestelmän erilaisista käyttöoikeuksista johtuvat tiedonkulkuongelmat sekä yleiset tiedonkulkuongelmat tiedon siirtyessä lähinnä suullisesti hoitajalta toiselle.

Hoitajat pitivät liikuntaneuvonnan toimintamallia hyvänä sellaisenaan. Sen avulla sai kerrattua liikuntaneuvontaan liittyviä asioita ja pelkästään toimintamallin olemassaolo muistutti antamaan liikuntaneuvontaa. Positiivisena asiana pidettiin liikuntaneuvonnan toimintamallin paikkaa FROP-lomakkeen toisella puolella. Terveysaseman vastaanoton hoitajan ja fysioterapeutin yhteystiedot sekä liikeharjoitteet samassa monisteessa ovat helpottaneet käytännön työtä niiden hoitajien osalta, jotka tiesivät kyseisestä monisteesta. Osa hoitajista toivoi saavansa tulevaisuudessa kehittämisiltapäivän alustuksen kaltaista koulutusta.

7 POHDINTA

7.1 Johtopäätökset

Johtopäätökset ovat tehty kehittämishankkeen tarkoituksen ja tavoitteiden, tietoperustan ja kyselyn tulosten pohjalta (vrt. Virtanen 2007, 125). Keskeiset johtopäätökset ovat seuraavat: hoitajien liikuntaneuvontaosaaminen oli vaihtelevan tasoista ja he huomioivat liikuntaneuvontaa antaessaan elintapamuutosten toteutumista tukevia tekijöitä kohtalaisesti. Suurin osa hoitajista antoi liikuntaneuvontaa säännöllisesti. Hoitajat toivoivat saavansa lisää tietoa erityisesti motivointimenetelmistä ja käytännön esimerkkejä liikunnan toteuttamiseksi. Hoitajat tiesivät fyysisen toimintakyvyn, turvallisen liikkumisen ja sen sujuvuuden edistämisen sekä sairauksiin liittyvien asioiden huomioimisen kaatumisten ehkäisykeinoina. FROP-lomakkeen ja kokonaisvaltaisen toimintakyvyn merkitys ikäihmisten kotona selviytymisen kannalta oli epäselvää osalle hoitajista.

Kehittämishankkeeseen osallistuneet hoitajat ovat käsittäneet liikuntaneuvonnan tarkoituksen laaja-alaisesti ja heillä on ollut vaihtelevan tasoista tietoa liikuntaneuvonnasta. Liikuntaneuvontakäsitteen vakiintumattomuus ja liikuntaneuvonnan tarkoitukset voidaan ymmärtää moninaisesti kuten Kivimäki ja Tuunanen (2014, 9) toteavat. Kuitenkin sosiaali- ja terveysministeriön mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöillä pitää olla hyvät neuvontataidot (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013b, 38) ja liikuntaneuvontaa annettaessa pitää olla terveysneuvonnan perustaidot hallinnassa (Nupponen & Suni 2011, 213). Kehittämishankkeeseen osallistuneista hoitajista suurimmalla osalla on ollut vähintään liikuntaneuvonnan perustaidot hallinnassa kyselyn tulosten perusteella. Kehittämishankkeen palautekeskustelussa selvisi, että kehittämishankkeeseen osallistuneet hoitajat olivat saaneet uutta sekä kertaavaa tietoa liikuntaneuvonnasta riippuen heidän aiemmasta osaamisestaan.

Kehittämishankkeen kyselyn tulosten perusteella liikuntaneuvontaa antaessaan hoitajat ovat huomioineet asiakaslähtöisiä tekijöitä, käytännön resursseja ja motivoimiskeinoja. Nämä tekijät tukevat elintapamuutosten toteutumista Kivimäen ja Tuunasen (2014, 9) sekä Nupposen ja Sunin (2011, 212–218) mukaan. Kyselyn tuloksissa ei ilmennyt liikuntaneuvonnan keskeisiä asioita kuten tavoitteiden asettamista sekä empaattista ja voimavarakeskeistä lähestymistapaa (Nupponen & Suni 2011, 212–218). Samoin kyselyn tuloksissa ei ollut mainintoja neuvojan vuorovaikutustaitojen merkityksestä, mutta asiakkaan motivoitumistason merkitys muutosten toteuttamisessa oli huomioitu vähäisin määrin. Neuvojan vuorovaikutustaidoilla on suuri merkitys asiakkaan sitoutumisessa elintapamuutosten toteuttamiseen, repsahduksista ylipääsemiseen ja kokonaislopputulokseen (Miller & Rollnick 2002, 9). Kehittämishankkeen kyselyn tulosten perusteella keskeisistä tehokkaaseen liikuntaneuvontaan vaikuttavista asioista hoitajilla ei ollut tarpeeksi tietoa.

Kehittämishankkeen kyselyn tulosten mukaan hoitajilla ei ilmennyt tarvetta liikuntaneuvontatiedon lisäämiseksi. Tämä tulos on yhteneväinen Eklundin (2012, 38) tulosten kanssa, sillä hänen tekemässään kehittämisprojektissa kukaan hoitaja ei kokenut tarvitsevänsä lisätietoa liikuntaneuvonnasta. Leinosen ym. (2007, 162) mukaan hoitajat tarvitsevat lisää oppia liikuntaneuvonnasta. Tämän kehittämishankkeen kyselyn tuloksista ilmeni kuitenkin, että hoitajat olivat toivoneet lisää tietoa liikuntaneuvontaan liittyvistä asioista kuten motivoinnista. Vajaa puolet kyselyyn vastanneista hoitajista oli toivonut lisää oppia motivointimenetelmistä, vaikka heistä osa käyttikin motivoiva haastattelu -menetelmää työssään. Tämän perusteella voi ajatella, että he ovat ymmärtäneet neuvojan motivointitaitojen merkityksen elintapamuutoksien onnistumisissa. Motivointitaidot ja siihen liittyvät vuorovaikutustaidot ovat kaiken neuvonnan keskeisimpiä taitoja, sillä neuvojan valitsemilla kysymyksillä ja motivointimenetelmien hallinnalla on suuri merkitys elintapojen muutoksen onnistumisessa (Nupponen & Suni 2011, 213–216; Miller & Rollnick 2002, 9, 23).

Palautekeskustelussa selvisi, että osa hoitajista koki asiakkaan motivaation herättämisen edelleen vaikeaksi. Motivaation herättäminen on haasteellinen tehtävä, sillä esimerkiksi Ruotsalan tulosten mukaan ikäihmiset mieltävät motivaation synnyn henkilökohtaiseksi. He kokivat, että henkilökunta ei voi vaikuttaa motivaation syntyyn. Kuitenkin henkilökunnan antama tieto, tavoitteiden asettaminen ja suunnittelu lisäsivät ikäihmisten motivaatiota erityisesti jos kyseessä oli kotiin paluun mahdollistuminen. (Ruotsala 2010, 36, 41.)

Ikäihmisten kotiutuminen tyhjiin kotiin vaikuttaa heikentävästi itsenäisen kuntoutumisen jatkuvuuteen, vaikka lähes jokainen ikäihminen on ymmärtänyt oman aktiivisuuden tärkeyden kuntoutumisen edistämiseksi (Raunio 2013, 30, 46). Samoin Leinosen ym. (2007, 161) mukaan 67 prosenttia tutkituista ikäihmisistä on halukas lisäämään fyysistä aktiivisuuttaan.

Ikäihmisten aktiivinen kuntoutusote ja henkilökunnan vuorovaikutustaidot ovat tärkeitä tekijöitä kuntoutusprosessissa (Raunio 2013, 37). Tämän kehittämishankkeen kyselyn tulosten perusteella motivointimenetelmiin ja vuorovaikutustaitoihin liittyvää koulutusta tulee lisätä hoitajille, jotta ikäihmisten innostaminen erilaisiin kotona selviytymistä tukeviin toimiin onnistuu paremmin.

Hoitajien vuorovaikutustaidoilla on merkitystä esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmakokousten sujuvuuden ja sisällön osalta. Näitä suunnitelmia tehdessä ikäihmisten läheiset ovat usein läsnä. Samalla on hyvä tilaisuus motivoida ikäihmisiä yhdessä heidän läheistensä kanssa aktiivisempaan elämäntapaan sekä kotiutuksen ja kotona selviytymistä tukevien toimien suunnitteluun. Elorannan, Arven ja Routasalon (2009, 141) mukaan asiakkaan itsenäistä kotona selviytymistä heikentävät yhteisten konkreettisten tavoitteiden puuttuminen, tiedonkulun ongelmat, yhtenäisten toimintatapojen noudattamatta jättäminen ja psykososiaalisen tuen puute. Lammin-kangas (2011, 68–69) havaitsi myös tiedonkulun sekä tiedon ja suunnitelmallisuuden puutteen tuomat ongelmat kotiutustilanteiden yhteydessä.

Tämän kehittämishankkeen kyselyn tulosten perusteella liikuntaneuvonta on mainittu vähäisessä määrin hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Tähän asiaan pitää saada muutosta ikäihmisten kokonaisvaltaisen kotona selviytymisen tukemiseksi, sillä Kivimäen ja Tuunasen (2014, 23) mukaan tehokkaalla liikuntaneuvonnalla vaikutetaan ikäihmisten kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn. Fyysisen toimintakyvyn edistäminen on tärkeää psykososiaalisen hyvinvoinnin kannalta (Lyyra 2006, 53). Tavoitteiden asettaminen ja yhteisten toimintamallien noudattaminen palvelee asiakkaan etua tukien parempaa kotona selviytymistä samalla vähentäen vaativampien sosiaali- ja terveystalveluiden tarvetta (Forss 2014, 21).

Ikäihmisten kotona selviytymistä tukevien toimenpiteiden toteuttamisen motivoinnissa voi hyödyntää Lahden (2004, 29) toteamusta siitä, että ikäihmiset kokevat oman kotinsa parhaimmaksi paikaksi asua. Ikäihmiset eivät halua menettää suhdetta omaan kotiinsa, vaikka kotona asuminen olisi heille työlästä (Helkala 2012, 41). Ikäihmisten myönteinen elämänsäsenne helpottaa sopeutumaan iän tuomiin muutoksiin esimerkiksi ulkopuolisen avun hyväksymiseen, vaikka samalla menetetään osa elämäntalinnan itsenäisyydestä (Jopp & Rott 2006, 276–277). Ikäihmisten myönteistä elämänsäsennetta tukevien voimavarojen tunnistamista on mahdollista tehdä esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmakokouksissa, koska kokouksissa ikäihmisen lisäksi on läsnä hänen läheisiään sekä sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöitä. Muiden ihmisten apu voimavarojen tunnistamisessa on tärkeää, sillä Ruotsalan (2010, 36) mukaan ikäihmisille omien voimavarojen tunnistaminen on vaikeaa.

Toimintakyky pitää käsittää laajasti eikä vain fyysisenä toimintakykynä kuten tämän kehittämishankkeen kyselyn tuloksissa ilmeni. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten on osattava huomioida ikäihmisen voimavarat kokonaisvaltaisesti, koska Lehdon (2004, 19) mukaan toimintakyky voidaan ajatella ihmisen moniulotteisuuden vuoksi suhteellisenä käsitteenä, joka pitää ihmisen elämässä kiinni. Elämäntalun puuttuminen, alhainen mieliala ja vähäinen elämään tyytyväisyys ovat kuolleisuudelle merkit-

täviä ennustetekijöitä. Tämä yhteys säilyy vahvana, vaikka huomioidaan ikäihmisten älylliset, fyysiset ja sosiaaliset kyvyt. (Lyyra 2006, 41.) Ikäihmisten voimaannuttaminen ja voimavarojen löytäminen ovat tekijöitä, joiden turvin he voisivat jaksaa paremmin tehdä esimerkiksi tasapainoharjoituksia (Pyykkö & Jäntti 2014, 3187). Voimavarojen käyttöönoton ja liikuntaneuvonnan tavoitteiden tukemisen yhtenä keinona on ikäihmisten ohjaaminen erilaisiin tilaisuuksiin.

Kehittämishankkeen kyselyn tulosten mukaan lähes kaikilla hoitajilla on ollut tietoa paikallisista ikäihmisten tilaisuuksista, mutta tilaisuuksiin ohjaus on ollut vähäistä. Tämä vahvistaa käsitystä siitä, että kotona selviytymisen tukemista ei ajatella laaja-alaisesti kokemuksellisuuden, sosiaalisuuden ja psyykkisyyden näkökulmista. Ikäihmisten mielestä heidän toimintakykyään edistäviä tekijöitä liikunnan lisäksi ovat erilaiset harrastukset, ulkoilu, säännölliset sosiaaliset kontaktit, terveys ja omatoimisena pysyminen (Pälonen, Takala, Pohjolainen & Tiihonen 2011, 47, 51). Toisaalta voidaan ajatella, että tilaisuuksiin ohjaamiseen ei ole riittävästi aikaa muiden tehtävien ohella, sillä ajanpuutteen kokeminen on yleistä terveys- ja sosiaalialan ammattilaisilla (Kivimäki & Tuunanen 2014, 33; Ruotsala 2010, 31; Aittasalo 2008a, 261). Palautekeskustelussa hoitajat kertoivat ajanpuutteen olevan liikuntaneuvonnan antamisen esteenä. Asiakkaan palvelujen tarve täytyy priorisoida ja vähemmän kiireellisenä palveluna liikuntaneuvontaa ei ehdi antaa. Ajanpuutteesta huolimatta tämän kehittämishankkeen kyselyn tulosten perusteella liikuntaneuvontaa on annettu säännöllisesti, yleisimmin päivittäin tai kuukausittain.

Palautekeskustelussa ilmeni, että liikuntaneuvonnan antaminen ja istumisen vähentämisen puheeksi ottaminen on lisääntynyt kehittämishankkeen aikana. Tämä muutos on hyvä, sillä se toteuttaa sosiaali- ja terveysministeriön linjausta liian vähän liikkuvien asiakkaiden tavoittamisesta ja liikunnan puheeksi ottamisesta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013b, 38). Palautekeskustelussa selvisi, että kehittämishankkeen aikana arkisten asioiden tekeminen asiakkaan puolesta oli vähentynyt ikäihmisten kotona. Tä-

mä muutos edistää ikäihmisten kotona selviytymistä ja lisää omatoimisuutta, mutta on päinvastainen Raunion (2013, 32) tuloksen kanssa, jonka mukaan palvelujen saaminen vähentää itsenäistä arkiaskareiden tekemistä.

Kaatumisten ehkäisykeinoja kehittämishankkeen kyselyn tulosten perusteella hoitajat ovat tienneet fyysisen toimintakyvyn, turvallisen liikkumisen sujuvuuden helpottamisen ja sairauksiin liittyvien asioiden huomioimisen osalta. Fyysisen toimintakyvyn ylläpito ja edistäminen erityisesti lihasvoima- ja tasapainoharjoitusten avulla on tehokasta kaatumisten ehkäisytoimintaa (Bergland 2012, 157; Karinkanta ym. 2010, 404). Kolehmainen (2013, 9–10) mukaan liikuntaa ei osata yhdistää kaatumisten ehkäisyyn. Kaatumiset ymmärretään usein kompastumisista tai liukastumisista johtuviksi ja siksi turvallisen liikkumisen tunnistaminen on yleisintä ikäihmisten kaatumisten ehkäisyssä. Innilän (2013, 24, 32) haastatteleminen geriatrin, fysioterapeutin, geronomin ja terveystieteiden osastonhoitajan vastaukset kaatumisten ehkäisykeinoista painottuivat fyysiseen toimintakyvyn ja turvallisen liikkumisen sujuvuuden huomioimiseen, mutta myös kotihoiton liikuntasopimuksen tekemiseen.

Kehittämishankkeen kyselyn tuloksissa mainittiin sairauksiin liittyvinä kaatumisia ehkäisevinä tekijöinä perussairauksien hyvä hoitotasapaino, lääkitysten tarkistus ja huimauksien huomiointi. Nämä ovat Tinetin ja Kumarin (2010, 263), Sjöstenin ym. (2007, 313) sekä Pajalan (2006, 52) kanssa yhteneväiset tulokset. Kehittämishankkeen kyselyn tulosten perusteella kodin muutostöiden ja niihin liittyvien apuvälineiden hyödyntäminen sekä erityisesti jalkoihin laitettavien asusteiden huomiointi on tiedostettu hyvin kaatumisten ehkäisykeinoina. Nämä kaikki tekijät Karinkanta ym. (2010, 401–402, 404) ovat maininneet tekemässään katsauksessaan. Yhdellä hoitajalla oli tiedossa, että ravitsemuksella (Palvanen ym. 2014, 270; Sjösten ym. 2007, 310), näkökyvyllä (Kulmala 2010, 78) ja neuvonnalla sekä ohjauksella pystytään vaikuttamaan kaatumisten ehkäisyyn (Kivimäki & Tuunanen 2014, 21; Sjösten ym. 2007, 312).

Kehittämishankkeen tulosten perusteella hoitajilla ei ollut tietoa kaikista kaatumisten ehkäisyyn vaikuttavista tekijöistä, sillä tuloksista jäivät kokonaan puuttumaan muun muassa kaatumispelon (Scheffer ym. 2008, 23), kuulon (Kulmala 2010, 57; Sjösten ym. 2007, 310), kivun (Lihavainen 2012, 54; Tinetti & Kumar 2010, 259) ja älyllisen toimintakyvyn heikkene-
misen huomioiminen sekä kaatumishistorian selvittäminen (Bergland 2012, 157; Pajala 2006, 34, 46).

Ikäihmisten kaatumishistoriaa voidaan selvittää FROP-lomakkeen avulla ja samalla tunnistetaan kaatumisvaarassa olevia ikäihmisiä. Kaatumisvaarassa olevien tunnistaminen ajoissa on tärkeää, jotta kaatumisista seuraava kotona selviytymisen heikkenemisen noidankehä saataisiin ehkäistyä (Mänty 2010, 76; Pajala 2006, 52). Riskihenkilöiden aikainen tunnistaminen on merkityksellistä, koska erityisen suuressa kaatumisvaarassa oleville ikäihmisille ehditään räätälöidä ajoissa yksilöllinen ja tehokas kaatumisten ehkäisyn kuntoutus (Sjösten ym. 2007, 317; Stevenson 2005, 411). Tämän kehittämishankkeen kyselyn tulosten perusteella kaatumisvaarassa olevien riskihenkilöiden tunnistamisen merkitys on ollut epäselvä, sillä FROP-lomakkeesta tiedottaminen ja sen käyttämiseen saadut ohjeistukset on koettu vähäisiksi.

7.2 Liikuntaneuvonnan toimintamallin arviointi

Kuntaorganisaatiossa hyvinvointipalvelujen toimivuutta on mahdollista arvioida muun muassa keräämällä aineistoa palvelujen toimivuudesta ja analysoimalla saatua aineistoa. Saatujen havaintojen perusteella kyetään tekemään johtopäätöksiä ja kehittämissuosituksia. Arviointia pystytään tekemään esimerkiksi hyödynnettävyyden, toteutustavan ja tarkoituksenmukaisuuden näkökulmista. (Virtanen 2007, 16, 57–59.)

Arviointia voidaan tehdä myös palvelun vaikuttavuuden, asiakkaan ja tulevaisuuden kannalta. Uutta toimintaa aloittaessa on hyvä kokeilla toimintaa ennen kuin siihen käytetään suurempia resurssimääriä, sillä kokeiluvai-

heen jälkeen pystytään paremmin arvioimaan palvelun hyötyjä suhteessa kustannuksiin. Vaikutusten arviointia varten on hyvä mitata palvelun saajia ennen ja jälkeen intervention, jotta saadaan tietoa muutoksista. Tämän jälkeen arvioidaan johtuvatko muutokset interventtiosta. Käytännön merkitys arvioinnissa on tärkeää. (Robson 2001, 27, 29, 77–78, 88.)

Tässä kehittämishankkeessa liikuntaneuvonnan toimintamallin käytännöllisyyden ja toimivuuden arviointi on ollut keskeistä, jotta toimintamallia käytetään jatkossakin sen tuomien työtä helpottavien ja asiakasta sekä yhteiskuntaa hyödyntävien vaikutusten vuoksi. Liikuntaneuvonnan toimintamallia kokeiltiin käytännössä kotikäynneillä ja terveysasemien vastaanotoilla syyskuusta 2014 tammikuulle 2015. Liikuntaneuvonnan toimintamallia käyttäneet kokivat sen käytännössä toimivaksi ja sellaiseksi, ettei sitä tarvitse muuttaa.

Robsonin (2001, 42) mukaan ammattilaiset, jotka työskentelevät ihmisten kanssa, joutuvat tekemään työtään huomattavan paineen alla kovassa kiireessä. Hoitajat kokivat ajanpuutteen rajoittavan liikuntaneuvonnan antamista, kun asiakkaalla oli useita kiireellisemmin hoidettava asioita. Tämä on yhteneväinen tulos Kivimäen ja Tuunasen (2014, 33) sekä Eklundin (2012, 39) kanssa. Tämän kehittämishankkeen palautekeskustelussa selvisi, että osa hoitajista kirjasi ikäihmisen seuraavan käynnin ajankäyttöä ajatellen sähköiseen potilastietojärjestelmään huomion siitä, että liikuntaneuvonta ehtii sisältyä tulevaan käyntiin. Tämä mahdollistaa hoitajan huomioimaan seuraavaa aikaa varatessaan pidemmän vastaanottoajan sopimisen ja samalla saa kompensoitua edellisen käynnin ajanpuutetta. Kyseisen järjestelyn toteutumisesta voidaan ajatella, että liikuntaneuvonnan toimintamallin avulla on tapahtunut käytännön muutoksia asiakkaan saaman palvelun ja hoitajien toimintatapojen suhteen.

Palautekeskustelussa mukana olleet hoitajat olivat sitä mieltä, että FROP-lomakkeita on tullut täytettyä enemmän ja liikuntaneuvontaa on annettu enemmän kuin aiemmin. FROP-lomake toimii samalla mittarina, jolla voi-

daan myöhemmin tehdä vertailevaa arviointia ikäihmisten kaatumisvaaran ja päivittäisen toimintakyvyn sekä tasapainon muutoksista. Näin kyetään tulevaisuudessa arvioimaan liikuntaneuvonnan vaikutuksia ikäihmisten kotona selviytymiseen, sillä Koivuniemen ja Suutarin (2010, 29) mukaan liikuntaneuvonnan tulokset näkyvät viiveellä.

Liikuntaneuvonnan toimintamallin vaikuttavuusarviointia on mahdollista tehdä erilaisten tilastojen tai sähköisestä potilastietojärjestelmästä kerättyjen tietojen avulla. Arvioinnin kohteina voivat olla esimerkiksi ikäihmisten sairaalapäivien määrä tai vastaanotolla vuosikontrollissa käyneiden verenpaine ja -sokeriarvot. Näin arvioituna saadaan selville tilastojen kautta asiakkaan saama vaikutushyöty ja yhteiskunnan osalta vaativampien sosiaali- ja terveyspalveluiden käytön määrä sekä hoitotarvikejakelun tilastoista ilmenevät muutokset.

Asiakkaan ja yhteiskunnan saamia myönteisiä vaikutuksia on saatu edistettyä liikuntaneuvonnan toimintamallin avulla, sillä kehittämishankkeen myötä hoitajat ovat ymmärtäneet liikuntaneuvonnan merkityksen ja kaatumisten ehkäisyn yhteyden ikäihmisten kotona selviytymiseen sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden käytön määrään. Vastaanoton hoitajan ja fysioterapeutin yhteystiedot sekä liikeharjoitukset sisältävän monisteen antaminen asiakkaalle on helpottanut osaltaan kotihoidon hoitajien ja kotisairaanhoidajien työtä, koska asiakas tai hänen läheisensä pystyy helpommin varaamaan ajan omatoimisesti terveysasemalta esimerkiksi lääkitysten tarkistamista varten.

Liikuntaneuvonnan toimintamalli ei ole paikkaan eikä ikäryhmään sidottu, joten sitä pystytään hyödyntämään esimerkiksi osastojen kuntouttavassa toiminnassa ja muissa ikäryhmissä. Liikuntaneuvonnan toimintamallia voi pitää kehittämishankkeen onnistumisena, koska kolmen eri työyhteisön hoitajien kanssa saimme luotua käytännössä toimivan liikuntaneuvonnan toimintamallin, joka lisäsi kaatumisvaara-arviointien tekemistä. Riskiryhmien varhainen tunnistaminen liikkumisen ongelmien ja kaatumisvaaran

osalta ehkäisee tehokkaasti ikäihmisten vakavampia ongelmia ja tukee heidän itsenäistä kotona selviytymistään. (Lihavainen 2012, 66; Pajala 2006, 52.) Leinosen ym. (2007, 162) mukaan ikäihmisillä ei ole systemaattisesti järjestettyä liikuntaneuvontaa, vaikka liikkumisen rajoitusten ennustemerkkien aikaisella huomioinnilla ehkäistään liikkumisen rajoittumista, harrastuksien ja ulkona liikkumisen vähentymistä.

7.3 Prosessin arviointi

Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen tarkoituksena on ollut kotihoi-
don, kotisairaanhoidon ja vastaanoton hoitohenkilökunnan liikuntaneuvon-
tataitojen kehittäminen. Kehittämishankkeen tavoitteena on ollut kuvata
hoitohenkilökunnan liikuntaneuvonnan nykyosaamista ja tuottaa yhdessä
hoitohenkilökunnan kanssa liikuntaneuvonnan toimintamalli liittyen ikäih-
misten kotona selviytymiseen ja kaatumisten ehkäisyyn.

Kehittämishanke alkoi jo ennen kuntoutuksen koulutusohjelman alkamista,
koska ensimmäistä opiskelupäivää varten piti ideoida tulevaa kehittämis-
hanketta. Lähetin sähköpostia useille tahoille työpaikallani ja sain muuta-
man toteuttamiskelpoisen ehdotuksen. Tarkoitukseni oli saada oppia ja
hyötyä omaan fysioterapeutin työhöni, joten valitsin ehdotuksista itseäni
kiinnostavimman ja käytännön työssä havaitun kehittämistä tarvitsevan
aiheen.

Ojasalon ym. (2009, 20) mukaan kehittämistyössä korostuu suunnittelu ja
se alkaa ideoinnista, mutta kehittämishankkeen eteneminen on prosessi-
maista ja ennakoimatonta. Tämän kehittämishankkeen alkuperäinen idea
ei toteutunut, sillä sen tarkoitusta ja tavoitteita täytyi muokata työntekijäläh-
töisempään suuntaan, mutta muutokset olivat luonnollinen osa kehittämis-
prosessia. Kehittämishankkeen alkuvaiheessa työyhteisöjen jäsenet aut-
toivat kehittämishankkeen tarkoituksen ja tavoitteiden kirkastamisessa,
jotta kehittämishanke hyödyttää kaikkia kehittämishankkeeseen osallistu-
via työyhteisöjä. Kehittämishankeprosessin ja aikataulun suunnittelu sekä

lähestymistavan ja menetelmien valinta olivat tutussa ympäristössä koh-
tuullisen helpot toteuttaa, koska ajoissa suunniteltu aihe ja yhteistyö työ-
paikalla auttoivat kehittämishankkeen etenemisessä. (vrt. Ojasalo ym.
2009, 25, 54.)

Valitsin toimintatutkimuksen tämän kehittämishankkeen lähestymistavaksi,
sillä toimintatutkimus Toikon ja Rantasen (2009, 34) mukaan mahdollistaa
monitieteisenä lähestymistapana käytännön ja tutkimuksen niveltymisen
toisiinsa muuttaen samalla työelämän käytäntöjä. Toimintatutkimus sopi
kehittämishankkeeseen, sillä sen eri vaiheet auttoivat kehittämään käytän-
nön työtä. Kehittämishankkeeseen sisältyi kokeiluvaihe, joka tähtäsi toi-
mintatapojen muutokseen. (vrt. Heikkinen 2007, 19–20, 27.) Työelämän
sekä tutkimis- ja kehittämistoiminnan yhdistämisen suunnittelu oli haasta-
vaa, koska niihin liittyi useita toisistaan eriytyneitä sekä yhteisiä sosiaalisia
verkostoja. Toikko ja Rantanen (2009, 10) toteavatkin toiminnan suunnitte-
lun olevan vaikeaa ennakolta erityisesti silloin, kun työskennellään moni-
mutkaisten sosiaalisten verkostojen kanssa. Tämän tiedostaen olin suun-
nitellut aikataulun väljäksi, mutta odottamattomia muutoksia tuli koko kehit-
tämishankkeen ajan.

Olin ajatellut yhtä kuukautta tutkimuslupien ja yhteistyösopimusten palau-
tumisajaksi, mutta en osannut odottaa usean kuukauden palautusaikaa
yhdeltä kohdeorganisaatiolta. Tämä osaltaan vaikutti kyselytutkimuksen
onnistumiseen, koska kyselytutkimus oli tämän työyhteisön osalta heinä-
kuussa. Olisin voinut pitää vielä kolmannen kyselytutkimuksen sisältävän
orientoivan tilaisuuden elokuun 2014 lopulla, jotta kotihoidon osalta olisi
saanut kattavamman kuvauksen heidän liikuntaneuvontaosaamisestaan,
mutta kehittämishankkeen sovittu aikataulu olisi pidentynyt tai toimintamal-
lin kokeilu aika olisi lyhentynyt. Toinen vaihtoehto lomalta palaavien hoitaji-
en vastausten saamiseksi olisi ollut se, että olisin käynyt lomallani kotihoi-
don tiloissa muistuttamassa kyselyyn vastaamisesta esimerkiksi heidän
lounastauoillaan, joka on heidän liikkuvan työnsä takia ainoa hetki olla
samassa tilassa päivän aikana. En toteuttanut näitä vaihtoehtoja, koska

kehittämishankkeeseen osallistuvien määrä oli mielestäni kokonaisuudessaan riittävä, sillä en pyri yleistämään liikuntaneuvonnan osaamistietoa kaikkiin hoitajiin (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2013, 74).

Kyselylomakkeen suunnittelu sujui joutuisasti, mutta sen esitestauksen toteutus suunnitellulla tavalla toisen terveysaseman vastaavissa tehtävissä olevilla hoitajilla ei onnistunut, koska he eivät palauttaneet kyselylomakkeita. Tämän vuoksi turvauduin työpaikkani kehittämishankkeeseen osallistumattomiin hoitajiin nopealla aikataululla. Näiden hoitajien myönteistä suhtautumista yllättävään lisätyöhön helpotti varmasti se, että olen tehnyt kyseisten hoitajien kanssa yhteistyötä aiemmin. Robsonkin (2001, 46) toteaa aiemman kumppanuuden parantavan osallistavan arvioinnin toteutusta, jos yhteistyöstä on hyviä kokemuksia.

Todennäköisesti kohderyhmän tuntemus vuosien ajalta helpotti kyselylomakkeen suunnittelua (Vilkkä & Airaksinen 2003, 62), koska esitestauksen tuomia muutoksia tuli kyselylomakkeeseen vähän. Tietoperustaan tutustuminen auttoi kysymysten rajaamisessa ja muotoilussa niin, että sain peilattua kysymyksiä kehittämishankkeen tarkoitukseen ja tavoitteisiin (vrt. Valli 2010b, 236). Kysymysten asettelu oikein onnistui tehden kyselylomakkeesta toimivan (Virtanen 2007, 157).

Hyvin suunniteltu kyselylomake esitestauksineen paransi kyselyn onnistumista (Hirsjärvi ym. 2013, 198, 204) ja samalla sen osalta koko kehittämishankkeen onnistumista. Ongelmakohtia kyselyn vastausten analysointivaiheessa ei ilmennyt (ks. Valli 2010b, 250). Avoimien kysymyksien vastauksista sain runsaasti alkuperäisiä ilmauksia, jotka muodostivat analyysin perustan (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2013, 22). Suljettujen kysymysten vastaukset antoivat lisätietoa muun muassa vastaajien toimintatavoista. Vastausten luokittelu oli haastavaa, jotta sain luokkien nimet kuvaamaan niiden sisältöä parhaalla mahdollisella tavalla kuten Tuomi ja Sarajärvin (2013, 101) toteavat.

Valitsemani induktiivinen päättelytapa toimi tiedon antamisen ja yhteiskunnan muodostamisessa hyvin. Sain käsitteellistettyä johdonmukaisesti pelkistetyistä ilmauksista luokittelujen avulla kokonaisuuden, tulosten välisten suhteiden merkityksen, josta hoitajien liikuntaneuvonnan nykyosaaminen ilmeni. Kehittämishankkeen aihepiiri ja kohdeorganisaatioiden maailma olivat minulle entuudestaan tuttuja ja tämä auttoi ymmärtämään ilmauksien merkityksiä. Tällainen esituttuus voi kuitenkin hankaloittaa tulosten tulkitusta ennakkoluulojen ja omien tapojen kautta. Palasin usein alkuperäisaineistoon varmistaakseni ilmaisujen merkityksen ja ymmärtämisen oikein. (vrt. Laine 2010, 32–36, 42–43.)

Ojasalo ym. (2009, 129–130) mainitsevat sisällönanalyysin riskeinä oleellisuuden katoamisen ja mielekkäiden johtopäätösten puutokset. Näitä riskejä pyrin vähentämään palaamalla alkuperäisen aineiston pariin usein. Kyselyn tuloksista pystyin tekemään johtopäätöksiä ja niiden avulla sain toteutettua tarkoituksenmukaisen kehittämisiltapäivän alustuksen. Kyselyn antama tiedontuotanto edisti hoitajien asiantuntijuutta ja toiminnan kehittymistä. (vrt. Toikko & Rantanen 2009, 114.) Näin ollen kyselylomaketta voidaan pitää onnistuneena.

Kyselyn osatoteutuksen viivästymisestä huolimatta kehittämisiltapäivä toteutui suunnitellussa aikataulussa syyskuussa 2014. Tarkoituksenani oli antaa hoitajien toiveisiin selkeitä vastauksia ja kertoa asianmukaista teoriatietoa käytännön esimerkein, jotta liikuntaneuvonnan toimintamallin luomisessa mahdollistuu kaikkien osallistujien kesken vuorovaikutuksellinen oppiminen ja asiantuntijuuden jakaminen. Pyrin tietoisesti välttämään sitä, että en ole liian innokas esittämäni asian suhteen. (vrt. Huovinen & Rovio 2007, 101.)

Hoitajien liikuntaneuvontaosaamisen kehittymisen arvioiminen kehittämisiltapäivän alustuksen ansiosta oli haastavaa. Learning cafe vuorovaikutteisenä menetelmänä mahdollisti hoitajien kehittymisen samanaikaisesti uuden toimintamallin luomisen sekä kokemusten ja hiljaisen tiedon jakami-

sen aikana. Hoitajien liikuntaneuvontaosaamisen kehittymiseen vaikutti mahdollisesti myös alustuksen asioiden kertaus neljästä eri näkökulmasta pöytäteemojen mukaisesti. Learning cafe -menetelmä toimi hyvin osallistavana ja keskustellen hiljaista tietoa jakavana tapana luoda uusi toimintamalli liikuntaneuvontaan.

Saamieni palautteiden perusteella, heti kehittämisiltapäivän jälkeen sekä tammikuun 2015 palautekeskustelussa, sain tietää osallistujien kokeneen kehittämisiltapäivän hyväksi ja innostavaksi. Osa koki sen jopa vaihteluksi perinteiseen luentomaiseen koulutustilaisuuteen verrattuna, vaikka mielestäni se oli kiristyneen aikataulun vuoksi melko luentomainen. Osa antoi palautetta, että kehittämisiltapäivä sujui mukavassa hengessä, mikä mahdollisesti vaikuttaa yhteistyön lisääntymiseen hoitajien välillä. Hyvä ilmapiiri oli tavoitteenanikin, sillä Ojasalon ym. (2009, 143) mukaan avoin ja myönteinen ilmapiiri on luovan ongelman ratkaisun perusedellytys. Perehdyin kehittämisiltapäivän suunnitteluvaiheessa keskustelutaitoja ja hyvän ilmapiirin luomista käsittelevään kirjallisuuteen.

Kehittämisiltapäivän kirjalliset materiaalit eivät olleet tavoittaneet kaikkia hoitajia. Tämä selvisi palautekeskustelussa, jossa hoitajat toivoivatkin yhteydenpitoa suoraan heihin jatkossa. Suora kontakti ei toteutunut käytännössä, koska olin opintovapaalla. Töissä ollessani näen lähes viikoittain kehittämishankkeeseen osallistuvia hoitajia. Tekemieni kirjallisten materiaalien käyttöön ja niistä tiedottamiseen olisin voinut kiinnittää enemmän huomiota esimerkiksi osallistumalla kotihoidon, kotisairaanhoidon ja vastaanoton kokouksiin syksyn aikana. Toisaalta luotin siihen, että kehittämisiltapäivässä olleet kertovat muille hoitajille tai poissaolleet kysyvät kehittämisiltapäivästä, koska kutsut tilaisuuteen olivat olleet kaikkien osallistuvien työyhteisöjen hoitajien nähtävillä. Huovisen ja Rovion (2007, 101) mukaan kenttätöön pitää perustua luottamukseen.

Tiedon puutteellinen saaminen liikuntaneuvonnan toimintamallista esti sen käyttöä, joten sen käyttökokeilu ei sujunut parhaalla mahdollisella tavalla.

Tässä kehittämishankkeessa erityisesti kotihoidossa oli tiedonkulkuongelmia. Elorannan ym. (2009, 140–141) mukaan kotihoidon tiedonkulkua hankaloittaa tiedon välittyminen suullisesti ja yhtenäisten toimintatapojen toteutumatta jääminen. Ojasalon ym. (2009, 15) mukaan kehittämistyö vaatii kumppanuutta sekä vastuullisuutta yhdessä toimimisesta ja tekemisestä.

Yhdessä toimimisen mahdollistavat tekijät eivät ole aina työntekijöiden päätäntävällässä. Mahdollistavia tekijöitä ovat muun muassa tarkoituksenmukaiset sähköiset tiedonvälitys- ja potilastietojärjestelmien käyttömahdollisuudet sekä riittävä aika perehtyä yhtenäisiin toimintatapoihin. Käytännössä kotihoidon hoitajien rajoitetummat sähköisen potilastietojärjestelmän katseluoikeudet heikentävät tiedonkulkua esimerkiksi FROP-lomakkeen pisteistä ja jatkotoimenpiteistä. Kotihoidon hoitajat eivät pysty lisäämään FROP-pisteitä sähköisen potilastietojärjestelmän mittareihin. Lamminkangas (2011, 68) toteaaakin kotihoidon suppeampien sähköisen potilastietojärjestelmän katseluoikeuksien aiheuttavan tietokatkoksia.

Tässä kehittämishankkeessa tiedonkulkua on heikentänyt työyhteisöjen hoitajien erilaisten sähköisen potilastietojärjestelmäoikeuksien lisäksi seuraavat seikat: kaikilla ei ole omaa työ sähköpostia ja esimiehille lähettämieni sähköpostien tieto ei ole siirtynyt kaikkien työyhteisöjen hoitajien tietoon sekä osalla hoitajista on liikkuva työ. Kehittämishankkeeseen osallistuneilla hoitajilla ei ole yhteisiä kokouksia, koska he ovat kolmen eri työnantajan palveluksessa. Samantyyppisiä haasteita on ollut Paukkusen tekemässä YAMK-opinnäytetyössä (Paukkunen 2010, 28–29).

Tiedonkulkua voi pitää tämän kehittämishankkeen heikkoutena ja siihen olisi pitänyt panostaa enemmän, koska tiedonkulun ongelmat olivat tiedossa tietoperustan pohjalta (Innilä 2013, 33; Paukkunen 2010, 28; Eloranta ym. 2009, 141). Tiedonkulkuongelmat ja kiireen keskellä koettu lisätyö kyselylomakkeen täyttämisestä ovat olleet todennäköisesti syynä siihen, miksi kotihoitoon jättämäni kyselylomakkeet eivät palautuneet täytet-

tyinä. Kehittämishankkeen vahvuutena on ollut liikuntaneuvonnan toimintamallin käytännön kokeilu ja palautteen kerääminen sen toimivuudesta. Pitämäni palautekeskustelun ansiosta sain tietää asioista, jotka vaikuttivat kehittämishankkeen onnistumiseen.

Kehittämishankkeen heikkoutena voidaan pitää osittain huonon sitoutumisen puutetta (Toikko & Rantanen 2009, 124). Nykypäivänä muutokset ovat haaste tutkimusten onnistumisille, sillä hoitotyöntekijöiden vaihtuvuus on suurta (Kivimäki 2011, 16). Tässä kehittämishankkeessa vain vajaa puolet kotihoidon hoitajista osallistui kehittämishankkeeseen ja sen aikana hoitajia vaihtui irtisanoutumisten, virkavapaiden ja eläkkeelle jäämisen vuoksi. Ruotsalan (2010, 25) tekemässä tutkimuksessa 17 alkuperäisestä hoitajasta säilyi kahdeksan loppuvaiheeseen asti. Tähän kehittämishankkeeseen osallistuneista hoitajista seitsemän oli mukana kaikissa tilaisuuksissa. Toisaalta eri työyhteisöjen aikataulujen yhteensovittaminen on haastavaa (Paukkunen 2010, 28). Eskola ja Suoranta (2003, 97) toteavat myös samasta ajasta sopimisen olevan haasteellista monen kanssa.

7.4 Luotettavuus ja eettisyys

Heikkisen ja Syrjälän mukaan reliabiliteetti eli luotettavuus tarkoittaa toistettavuutta, tulosten pysyvyyden ja satunnaisvaihtelualttiuden arviointia. Toimintatutkimuksessa nämä kriteerit ovat haastavat, koska toimintatutkimuksella tavoitellaan muutosta eikä sen välttämistä. Mikäli tulokset saavutettaisiin uudelleen, se olisi tavallaan toimintatutkimuksen pyrkimyksen vastaista. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 147–148.) Tämän kehittämishankkeen toistaminen aivan samanlaisena ei ole mahdollista. Kyselytutkimuksen voi toistaa, mutta liikuntaneuvonnan toimintamalli on tämän kehittämishankkeen ansiosta luotu kehittämisiltapäivään osallistuneiden hoitajien kokemusmaailman ja tilaisuuden alustuksen pohjalta.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää mahdollisimman tarkka raportointi sen toteuttamisesta sekä tulkintojen perustelut (Hirsjärvi ym. 2013,

232–233). Tässä kehittämishankkeessa olen pyrkinyt kertomaan toteutuksesta tarkasti ja perustelemaan tulkintojani lähteisiin viitaten. Luotettavuuden kannalta osallistujien sitoutuminen kehittämistoimintaan on tärkeää, koska osallistuminen vaikuttaa kehittämistoiminnan luotettavuuteen (Toikko & Rantanen 2009, 124). Tässä kehittämishankkeessa osallistujien määrä vaihteli 11 osallistujasta 20:een kehittämishankkeen eri tilaisuuksissa. Näistä osallistuneista seitsemän oli mukana kaikissa tilaisuuksissa. Työyhteisöjen sitoutumisessa kehittämishankkeeseen oli eroja. Vastaanoton ja kotisairaanhoidon hoitajien tiivis sitoutuminen kehittämishankkeeseen lisäsi heidän kohdallaan kehittämistoiminnan luotettavuutta.

Kotihoidon osalta luotettavuus jäi heikommaksi, koska kotihoidon hoitajista osallistui enimmillään 10 hoitajaa kehittämishankkeeseen mahdollisista 24 hoitajasta. Kotihoidon sitoutumiseen on vaikuttanut mahdollisesti meneillään olevat muutokset, sillä ikäihmisten hoito ja hoiva on siirtynyt enemmän kotioloihin valtakunnallisia linjauksia toteuttaen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 37, 71). Käyntien määrät olivat pysyneet tilastoissa suhteellisen ennallaan Riihimäen seudulla (Hausjärven, Lopen ja Riihimäen vanhuspalvelulain mukainen suunnitelma 2014–2018, 13), mutta palautekeskustelussa hoitajat kertoivat asiakaskäyntien vievän nykyisin enemmän aikaa asiakkaiden huonomman toimintakyvyn johdosta. Tämä lisää kiirettä työntekijämäärän pysyessä samana asiakkaiden toimintakyvystä riippumatta.

Kehittämistoiminnan käyttökelpoisuus ja siirrettävyys sekä laadullisessa tutkimuksessa käytetty vakuuttavuus ovat myös luotettavuutta kuvaavia tekijöitä (Toikko & Rantanen 2009, 123, 125–126). Tässä kehittämishankkeessa kyselystä saadut tulokset olivat käyttökelpoisia. Niiden avulla sain pidettyä sellaisen alustuksen, joka edisti käytännönläheisen ja toimivan liikuntaneuvonnan toimintamallin luomista. Tätä liikuntaneuvonnan toimintamallia on mahdollista hyödyntää ja siirtää muihin vastaavan tyyppisiin työyhteisöihin. Kehittämishankkeen vakuuttavuutta olen edistänyt tekemällä valintani lukijalle selviksi ja esiintuomalla sen, että ymmärrän kehittä-

mishankkeen kohdetyöyhteisöjen toimintatapoja työskennellessäni samassa talossa ja yhteistyössä heidän kanssaan samojen asiakkaiden parissa.

Vastuullisena kehittämishankkeen tekijänä työyhteisöjen läheisyydestä huolimatta olen pyrkinyt olemaan mahdollisimman objektiivinen ja olen tuonut esille kehittämishankkeessa ilmenneitä heikkouksia sekä sen, että kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoitteet palvelevat kaikkien osallistuneiden työyhteisöjen intressejä. Kehittämishankkeen tuotosten avulla pystytään palvelemaan ikäihmisiä niin, että he selviytyisivät mahdollisimman pitkään omissa kodeissaan. (vrt. Toikko & Rantanen 2009, 127–129.) Tämä taas antaa yhteiskunnallisen ulottuvuuden kehittämishankkeeseen palveluprosessin muuttumisen myötä, sillä Garrettin, Elley'n, Rosen, O'Dean, Lawtonin ja Dowellin (2011) mukaan liikuntaneuvontaa sisältävä palvelu on kustannustehokasta.

Toimintatutkimusta on mahdollista arvioida historiallisen jatkuvuuden, dialektisuuden, havahduttavuuden, toimivuuden ja reflektiivisyyden näkökulmista (Heikkinen & Syrjälä 2007, 149–158). Kehittämishankkeessa olen pyrkinyt huomioimaan parhaan taitoni mukaan ajallisen näkökulman ja sen vaikutukset kehittämishankkeen etenemisessä. Tietoperustassa olen käyttänyt tuoreita, tutkittuja ja alallaan arvostettujen tekijöiden kirjoittamia tekstejä. Teen kehittämishanketta yksin, joten aloittelevana tutkijakehittäjänä ymmärrys- ja tulkintataidot ovat kehittyneet tutun aihepiirin ja ympäristön parissa. Kyselylomake oli onnistunut ja sain tarkoituksenmukaisia vastauksia. Niistä saaduilla tuloksilla pystyin tekemään johtopäätöksiä hoitajien liikuntaneuvonnan nykyosaamisesta. Kehittämisisiltapäivä toteutui pääosin onnistuneesti, sillä kahden tunnin aikana osalla hoitajista liikuntaneuvontaosaaminen lisääntyi ja yhdessä loimme toimivan liikuntaneuvonnan toimintamallin. Toiset työyhteisöt voivat arvioida liikuntaneuvonnan toimintamallin hyödyntämistä sairaanhoitopiirin muilla terveysasemilla kehittämishankkeen valmistuttua.

Olen pyrkinyt kirjoittamaan raporttia läpinäkyvästi ja hyvää tiedeviestintää toteuttaen. Näin lukijan on helppo ymmärtää kehittämishankkeen etene- mistä ja siitä syntyneitä tuotoksia samalla kyeten arvioimaan kehittä- mishankkeen luotettavuutta. Varantolan, Launiksen, Helinin, Spoofin ja Jäppi- sen (2006, 6) mukaan eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja tuloksiltaan uskottava kehittämishanke on silloin, kun se on tehty rehellisesti, luotetta- vasti ja hyviä tieteellisiä toimintatapoja noudattaen. Kehittämishankkeessa olen noudattanut oikeaa viittaustekniikkaa kunnioittaen näin muiden teke- miä töitä.

Tutkimuslupa-anomukset ja yhteistyösopimuksen lähetin kaikille kehittä- mishankkeeseen osallistuville kohdeorganisaatioille. Aloitin kehittä- mishankkeen toteutuksen vasta saatuani myönteiset luvat (vrt. Varantola ym. 2013, 6). Kehittämishankkeeseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Ennen kyselyyn osallistumista kerroin hoitajille muun muassa aineiston säilytyk- sestä ja sen tuhoamisesta kehittämishankkeen valmistumisen jälkeen, tie- tosuojan turvaamisesta ja siitä, ettei heitä voi tunnistaa. (vrt. Robson 2001, 55.) Kerroin myös kehittämishankkeesta ja sen hyödyistä käytännön työn tekemisen kannalta sekä kaatumisten ehkäisyn ja onnistuneen liikunta- neuvonnan tuomista vaikutuksista asiakkaalle sekä yhteiskunnalle. Annoin osallistujille yhteystietoni kyselyn saatekirjeessä. (vrt. Huovinen & Rovio 2007, 99.) Ennen kyselyä pyysin kirjallisen suostumuksen osallistumisesta kehittämishankkeeseen. Suostumus allekirjoitettiin kahtena kappaleena toisen jäädessä minulle ja toisen kehittämishankkeeseen osallistuvalle hoitajalle.

Eettisen toimivuuden kannalta on tärkeää pohtia, miten kehittämishanke vaikuttaa osallistujiin ja yhteisöön. Osallistujille on annettava ääni ja eettis- ten ongelmien esille otto ja käsittely ovat keskeisiä huomioitavia asioita. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 158.) Palautekeskustelussa ei mainittu kehit- tämishankkeeseen osallistumisen tuoneen ylimääräisiä huolia tai stressi- tekijöitä. Kehittämishankkeen vaikutukset ovat olleet positiivisia hoitajien mielestä, vaikka Viherasaari-Virtasen (2007, 58) mukaan tiedonkulun on-

gelmien vaikutukset työyhteisöihin aiheuttavat usein epävarmuutta ja epäoikeudenmukaisuuden kokemista käytännön työssä. Mahdollisten kielteisten asioiden esiin tuominen ja osallistujia kunnioittava kirjoitustapa ovat eettisesti tärkeitä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 7; Rovio, Klemola, Lautamatti & Tiihonen 2007, 136). Olen tuonut esille kehittämiss Hankkeeseen epäsuotuisasti vaikuttaneita asioita tavoitteenani olla loukkaamatta ketään. Kehittämiss Hankkeeseen osallistuneet olivat terveitä aikuisia ja kehittämiss Hankkeessa ei käsitelty tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) mainitsemia eettisiä rajoja ylittäviä asioita (ks. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 2).

Eettisyyden kannalta on pohdittava ihmisten itsemääräämisoikeutta. Kaikkien työyhteisöjen hoitajien piti olla tietoisia kehittämiss Hankkeen toteuttamisen ajankohdista, joten en painostanut ketään osallistumaan kehittämiss Hankkeen tilaisuuksiin paremman osallistujamäärän saavuttamiseksi. Kehittämiss Hankkeeseen ei ollut varattu mitään erillistä rahoitusta, joten määrärahojen väärinkäyttö ei ollut mahdollista. (vrt. Hirsjärvi ym. 2013, 25, 27.) Hoitajat saivat osallistua kehittämiss Hankkeeseen työajallaan, joten pidin huolen sovituksessa aikataulussa pysymisestä sekä tilaisuuskohtaisesti että koko kehittämiss Hankkeen osalta. Sopimuksista kiinnittäminen ja talousvastuun kantaminen ovat Robsoninkin (2001, 211–212) mukaan osa eettisesti hyväksyttävää toimintaa.

7.5 Jatkokehittämisideat

Hoitajien vaihtuvien työpisteiden vuoksi kehittämiss Hankkeen tuotoksia on käytössä jo toisen kunnan terveysasemalla. Mielestäni liikuntaneuvonnan toimintamallin laajentaminen Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin sosiaali- ja perusterveydenhuollon työyhteisöihin olisi järkevää. Tämän kehittämiss Hankkeen perusteella liikuntaneuvonnan toimintamalli lisää kaatumisvaara-arvioiden tekemistä sekä antaa hoitajille käytännönläheisen työkalun kaatumisten ehkäisyyn ja kotona selviytymisen tukemiseen. Liikuntaneuvonnan toimintamallin laajentaminen oppimisverkostotyyppisesti mahdol-

listaa tiedon vaihtumisen tuottaen samalla uudenlaista tietoa liikuntaneuvontaan liittyvissä käytännön asioissa (vrt. Toikko & Rantanen 2009, 88). Toimintamallin käyttöönottamisen yhteydessä koulutustilaisuuden järjestäminen liikuntaneuvonnasta mahdollistaa liikuntaneuvonnan toimintamallin hyödyntämisen ja ARKIAAMU-kirjainten merkityksien sisäistämisen parhaalla mahdollisella tavalla käytännön työssä.

Liikuntaneuvonnan toimintamallia voi soveltaa muiden ikäryhmien liikuntaneuvonnassa esimerkiksi kouluterveydenhoitajien liikuntaneuvontataitoja kehittämällä, koska lasten fyysinen aktiivisuus ja istumisen määrä ovat terveydelle epäsuotuisassa suhteessa nykyisin. Tammelinin, Laineen ja Turpeisen (2013, 62–68, 74) tutkimuksen mukaan vain yhdeksän prosenttia alakoululaisista ja yksi prosentti yläkoululaisista liikkuu reippaasti vähintään puolitoista tuntia päivässä. Ruutuaika ylittyy reilusti yli kahden tunnin suositusten ja puhelimen käyttöä ei huomioitu tutkimuksessa lainkaan.

Liikuntaneuvonnan osaamisen kehittämistä ja liikuntaneuvonnan toimintamallia voi hyödyntää osastoilla esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehdessä, koska silloin potilaan läheiset ovat yleensä läsnä. Kuntoutussuunnitelman ottaminen käyttöön hoito- ja palvelusuunnitelman ohessa tukee paremmin ikäihmisen itsenäisen asumisen turvaamista valtakunnallisia linjauksia noudattaen (ks. Valtioneuvosto 2011, 60). Liikuntaneuvontataitojen käyttäminen kuuluu kuntoutuksellisiin toimenpiteisiin, joita on hyvä toteuttaa kaikissa ikäihmisten kotona selviytymistä tukevissa palveluprosesseissa. Kuntoutussuunnitelman lisääminen hoito- ja palvelusuunnitelmaan sekä siihen liittyvä toimintamallin suunnittelu voisi olla opinnäytetyön aiheena tulevaisuudessa.

LÄHTEET

Aittasalo, M. 2008a. Physical activity counselling in primary health care. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 18, 261–262.

Aittasalo, M. 2008b. Promoting Physical Activity of Working Aged Adults with Selected Personal Approaches in Primary Health Care. Feasibility, Effectiveness and an Example of Nationwide Dissemination. University of Jyväskylä. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 128. Dissertation. [viitattu 5.2.2014]. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi>

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. 2. painos. Hamina: Akatiimi Oy.

Attendo Terveyspalvelut Oy. [viitattu 28.4.2015]. Saatavissa: <http://www.attendo.fi>

Bandura, A. 2000. Self-efficacy. *The Exercise of Control*. 4th ed. New York: W. H. Freeman & Company.

Beard, J., Rowell, D., Scott, D., van Beurden, E., Barnett, L., Hughes, K. & Newman, B. 2006. Economic Analysis of a Community-based Falls Prevention Program. *Public Health* 120, 742–751.

Bergland, A. 2012. Fall risk factors in community-dwelling elderly people. *Norsk Epidemiologi* 22 (2), 151–164.

DiClemente, C. & Velasquez, M. 2002. Motivational Interviewing and the Stages of Change. Teoksessa W. Miller & S. Rollnick (toim.) *Motivational Interviewing. Preparing people for change*. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 201–216.

Eakin, E. G., Lawler, S. P., Vandelanotte, C. & Owen, N. 2007. Telephone Intervention for Physical Activity and Dietary Behavior Change. *American Journal of Preventive Medicine* 32 (5), 419–434.

Eklund, P. 2012. Liikuntaneuvonta ikääntyneen terveyden edistäjänä. Turun ammattikorkeakoulu. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. YAMK-opinnäytetyö. [viitattu 16.3.2014]. Saatavissa: <https://www.theseus.fi>

Elomäki, E. 2011. Ruumis kyllä kärsii tässä systeemissä, sielullakin on epävarmaa. Tapaustudkimus tyypin 2 diabetesasiakkaan liikuntapuheesta ja motivoivan haastattelun menetelmien ilmenemisestä diabeteshoitajan liikuntaneuvonnassa. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. [viitattu 9.12.2014]. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi>

Eloranta, S., Arve, S. & Routasalo, P. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö – avain iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen. Gerontologia 3, 136–145.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 6. painos. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus. 2014. Akuutin sairaalahoidon jälkeen toteutetun kotikuntoutuksen yhteys ikääntyneen lonkkamurtuma- tai HRO-potilaan palvelutarpeeseen ja toimintakykyyn (2014–2016). [viitattu 9.10.2014]. Saatavissa: <http://www.kuntoutusportti.fi>

Finnpanel. 2014. TV-mittaritutkimuksen tuloksia. Yleisradio, Mainostv (MTV), Nelonen Media, Radiomedia & Markkinointiviestinnän Toimistojen Liitto. [viitattu 26.5.2015]. Saatavissa: <http://www.finnpanel.fi>

Fogelholm, M., Haapola, I., Absetz, P., Heinonen, H., Karisto, A., Kasila, K., Mäkelä, T., Seppänen, M., Talja, M., Uutela, A., Valve, R. & Väänänen, I. 2007. Ikihyvä Päijät-Häme. Peruseräraportti 2005. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä.

Forss, R. 2014. Kotikuntoutusta uudella tavalla – kuntoutusta kehitetään Etelä-Karjalassa. Toimintaterapeutti 2, 20–21.

Fu, S. S., Roth, C., Battaglia, C. T., Nelson, D. B., Farmer, M. M., Do, T., Goldstein, M. G., Widome, R., Hagedorn, H. & Zillich, A. J. 2015. Training primary care clinicians in motivational interviewing: A comparison of two models. *Patient Education and Counseling* 98, 61–68.

Fujita, K., Fujiwara, Y., Chaves, P., Motohashi, Y. & Shinkai, S. 2006. Frequency of Going Outdoors as a Good Predictors of Incident Disability of Physical Function as well as Disability Recovery of Community-Dwelling Older Adults in Rural Japan. *Journal of Epidemiology* 16 (6), 261–270.

Garrett, S., Elley, C. R., Rose, S. B., O’Dea, D., Lawton, B. A. & Dowell, C. 2011. Are physical activity interventions in primary care and the community cost-effective? A systematic review of the evidence. *The British Journal of General Practice* 61 (584). [viitattu 26.3.2015]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc>

Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Lamb, S. E., Gates, S., Cumming, R. G. & Rowe, B. H. 2009. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2 CD007146. [viitattu 12.2.2015]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M. & Lamb, S. E. 2012. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 9 CD007146. [viitattu 29.1.2015]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Glass, J. M. 2007. Visual Function and Cognitive Aging: Differential Role of Contrast Sensitivity in Verbal Versus Spatial Tasks. *Psychology and Aging* 22 (2), 233–238.

Hardy, S. E., Concato, J. & Gill, T. M. 2004. Resilience of Community-Dwelling Older Persons. *Journal of American Geriatrics Society* 52, 257–262.

Hausjärvi. [viitattu 5.3.2014]. Saatavissa: <http://www.hausjarvi.fi>

Hausjärven, Lopen ja Riihimäen vanhuspalvelulain mukainen suunnitelma 2014–2018. [viitattu 26.2.2015]. Saatavissa: <http://www.riihimaki.fi>

Heaney, R. P. 2008. Vitamin D in Health and Disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 3, 1535–1541.

Heikkinen, E. 2005. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Teoksessa A. Aromaa, J. Huttunen, S. Koskinen & J. Teperi (toim.) *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Duodecim, 327–335.

Heikkinen, H. L. T. 2007. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. 2. tark. painos. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16–38.

Heikkinen, H. L. T. 2010. Toimintatutkimus. Toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 214–229.

Heikkinen, H. L. T. & Huttunen, R. 2007. Toimintatutkimus tieteenä. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. 2. tark. painos. Helsinki: Kansanvalistusseura, 184–202.

Heikkinen, H. L. T. & Syrjälä, L. 2007. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. 2. tark. painos. Helsinki: Kansanvalistusseura, 144–162.

Helldán, A. & Helakorpi, S. 2014. Eläkeikäisen väestön terveystietämyksen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993–2013. Raportti 15/2014. Helsinki: Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos.

Helldán, A., Kosola, M. & Raulio, S. 2013. Ravintoaineiden saanti ruoasta ja ravintolisistä. Teoksessa A. Helldán, S. Raulio, M. Kosola, H. Tapanainen, M.-L., Ovaskainen & S. Virtanen (toim.) *Finravinto 2012-tutkimus. Raportti 16/2013*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 47–103.

Helldán, A., Tapanainen, H., Raulio, S., Männistö, S. & Virtanen, S. 2013. D-vitamiinin saanti ruoasta ja ravintolisistä. Teoksessa A. Helldán, S. Raulio, M. Kosola, H. Tapanainen, M.-L., Ovaskainen & S. Virtanen (toim.) *Finravinto 2012-tutkimus. Raportti 16/2013*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 105–112.

Heletoja, T. 2009. Ikäihmisten kotona selviytymisen toimintamalli Ruovedellä. Pois pyjamasta -projekti. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. YAMK-opinnäytetyö. [viitattu 11.12.2014]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200912026755>

Helkala, O. 2012. Vanhojen yksinasuvien naisten sopeutuminen toimintakyvyn heikkenemiseen. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden laitos. Sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma. [viitattu 27.1.2014]. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi>

Hinkka, K., Karppi, S., Ollonqvist, K. & Aaltonen, T. 2006. Kuntoutus vanhuksen kokemuksen ja vaikuttavuusmittareiden valossa. *Kuntoutus* 29 (1), 22–30.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.–17. painos. Helsinki: Tammi.

Hirvensalo, M., Heikkinen, E., Lintunen, T. & Rantanen, T. 2005. Recommendations for and warnings against physical activity given to older people by health care professionals. *Preventive Medicine* 41, 342–347.

Huovinen, T. & Rovio, E. 2007. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) *Toiminnasta tietoon. Toiminta-*

tutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2. tark. painos. Helsinki: Kansanvalistusseura, 94–113.

Husu, P., Paronen, O., Suni, J. & Vasankari, T. 2011. Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010. Terveyttä edistävän liikunnan nykytila ja muutokset. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:15. Opetus- ja kulttuuriministeriö. Kulttuuri-, liikunta- ja nuorisopolitiikan osasto. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö.

Isaacs, A. J., Critchley, J. A., See Tai, S., Buckingham, K., Westely, D., Harridge, S. D. R., Smith, C. & Gottlieb, J. M. 2007. Exercise Evaluation Randomise Trial (EXERT): a randomized trial comparing GP referral for leisure centre-based exercise, community-based walking and advice only. Health Technology Assessment 11 (10). [viitattu 28.1.2015]. Saatavissa: www.hta.ac.uk

Jopp, D. & Rott, C. 2006. Adaption in Very Old Age: Exploring the Role of Resources, Beliefs, and Attitudes for Centenarians` Happiness. Psychology and Aging 21 (2), 266–280.

Jyrkämä, J. 2011. Ikääntyminen ja ikääntyvien kuntoutus. Teoksessa V. Karjalainen & I. Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. 6. painos. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan kehittämisskeskus, 153–160.

Innilä, E. 2013. Ikääntyneiden kaatumisten ehkäisy – Toimintamallin luominen Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueelle. Turun ammattikorkeakoulu. Kuntoutuksen koulutusohjelma. YAMK-työ. [viitattu 11.12.2014]. Saatavissa: <https://publications.theseus.fi>

Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyn fysioterapiasuositus. 2008. Hyvä fysioterapiakäytäntö -suositus. Suomen Fysioterapeuttien asettama työryhmä. [viitattu 29.4.2015]. Saatavissa: www.suomenfysioterapeutit.fi

Kangasniemi, A. & Kauravaara, K. 2014. Toimiiko terveystiikuntasuositus vähän liikkuvien aikuisten kannustimena? Liikunta & Tiede 51 (4), 25–31.

Kannus, P. 2011. Osteoporoosi ja kaatumistapaturmat. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) Terveystiikunta. Helsinki: Duodecim, 155–160.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri. [viitattu 5.1.2014]. Saatavissa: <http://www.khshp.fi>

Karinkanta, S., Piirtola, M., Sievänen, H., Uusi-Rasi, K. & Kannus, P. 2010. Physical therapy approaches to reduce fall and fracture risk among older adults. Nature Reviews Endocrinology 6, 396–407.

Karvinen, E., Kalmari, P. & Koivumäki, K. 2011. Ikäihmisten liikunnan kansallinen toimenpideohjelma. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:30. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö.

Kerse, N., Elley, C. R., Robinson, E. & Arroll, B. 2005. Is Physical Activity Counseling Effective for Older People? A Cluster Randomized, Controlled Trial in Primary Care. Journal of the American Geriatrics Society 53, 1951–1956.

Kivimäki, R. 2011. Työhyvinvointi on tehtävä. Terveysthuollon työpaikat työhyvinvointia kehittämässä. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Työelämän tutkimuskeskus. Työraportteja 87/2011. [viitattu 26.2.2015]. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi>

Kivimäki, S. & Tuunanen, K. 2014. Liikuntaneuvonnan tila kunnissa. Kettingistä ketjuihin – kohtaamisia kentällä. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 282. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden edistämisseätiö.

Kulmala, J. 2010. Visual acuity in relation to functional performance, falls and mortality in old age. University of Jyväskylä. Studies in Sport, Physical Education and Health 152. Dissertation. [viitattu 5.3.2014]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-3958-8>

- Kupias, P. 2008. Kouluttajana kehittyminen. 2. painos. Helsinki: Palmenia.
- Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus, kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Väitöskirja. Tampere: Vastapaino.
- Koivuniemi, K. & Suutari, A. 2010. Kokemuksia toimivista liikunta-neuvontakäytännöistä. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 238. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö.
- Kolehmainen, L. 2013. Tapaturmat ja niiden ehkäisy hyvinvointikertomuksissa ja ikästrategioissa. Selvitys. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [viitattu 29.12.2013]. Saatavissa: <https://www.julkari.fi>
- Koskenvuo, M. & Mattila, K. 2009. Terveiden edistäminen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. Duodecim terveyskirjasto. [viitattu 16.3.2015]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Kotipalvelu. [viitattu 28.4.2015]. Saatavissa: <http://www.hausjarvi.fi>
- Kotisairaanhoido. [viitattu 28.4.2015]. Saatavissa: <http://www.riihimaenseudunterveyskeskus.fi>
- Käypä hoito -suositus. 2011. Lonkkamurtuma. Julkaistu 10.6.2011. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. [viitattu 20.4.2015]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi>
- Käypä hoito -suositus. 2014a. Polvi- ja lonkkanivelriikko. Julkaistu 25.8.2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä. [viitattu 21.5.2015]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi>
- Käypä hoito -suositus. 2014b. Verenpaine. Julkaistu 22.9.2014. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Verenpaine yhdistys ry:n asettama työryhmä. [viitattu 26.5.2015]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi>

Lahti, M. 2004. Vanhusperheiden kotona selviytyminen ja ennaltaehkäisevät kotikäynnit. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Lahtonen, M. 1999. Keskustellen parempaan työyhteisöön. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena.

Laine, T. 2010. Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa J. Aaltoila & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 3. uud. täyd. painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 28–45.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012. [viitattu 14.1.2014]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi>

Lamminkangas, A. 2011. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalli Pudasjärven kaupungin terveyskeskuksen ja kotihoidon yhteiskäyttöön. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Terveystieteen edistämisen koulutusohjelma. YAMK-työ. [viitattu 11.12.2014]. Saatavissa: <http://www.theseus.fi>

Lampinen, P. 2004. Fyysinen aktiivisuus, harrastustoiminta ja liikkumiskyky iäkkäiden ihmisten psyykkisen hyvinvoinnin ennustajina. 65–84-vuotiaiden jyvaskyläläisten 8-vuotisseuruututkimus. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan julkaisu 99. Väitöskirja. [viitattu 11.12.2014]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-1839-4>

Lehto, M. 2004. Toimintakyky terveydenhuollon tulostuottajana. Teoksessa E. Matikainen, T. Aro, A. Huunaan-Seppälä, J. Kivekäs & S. Kujala (toim.) Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Duodecim, 18–21.

Leinonen, R., Heikkinen, E., Hirvensalo, M., Lintunen, T., Rasinaho, M., Sakari-Rantala, R., Kallinen, M., Koski, J., Möttönen, S., Kannas, S., Huo-

vinen, P. & Rantanen, T. 2007. Customer-oriented counseling for physical activity in older people: study protocol and selected baseline results of a randomized-controlled trial. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 17, 156–164.

Lihavainen, K. 2012. Mobility Limitation, Balance Impairment and Musculoskeletal Pain Among People Aged ≥ 75 Years. University of Jyväskylä. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 177. Dissertation. [viitattu 5.2.2014]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4620-3>

Liimatainen, L. 2007. Terveysten edistäminen. Teoksessa T. Lyyra, A. Pikkarainen & P. Tiikkainen (toim.) *Vanheneminen ja terveys*. Helsinki: Edita, 30–38.

Lindenberger, U. & Ghisletta, P. 2009. Cognitive and Sensory Declines in Old Age: Gauging the Evidence for a Common Cause. *Psychology and Aging* 24 (1), 1–16.

Loh, D. A., Hairi, N. N., Choo, W. Y., Hairi, F. M., Peramalah, D., Kadipen, S., Lee, P. L., Gani, N., Madzlan, M. F., Hamid, M. A., Akram, Z., Chu, A. S., Bulgiba, A. & Cumming, R. G. 2015. MultiComponent Exercise and therapeutic lifestyle (CERgAS) intervention to improve physical performance and maintain independent living among urban poor older people – a cluster randomized controlled trial. *BioMed Central Geriatrics* 15:8. [viitattu 12.3.2015]. Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com>

Lyyra, T.-M. 2006. Predictors of Mortality in Old Age. Contribution of Self-rated Health, Physical Functions, Life Satisfaction and Social Support on Survival among Older People. University of Jyväskylä. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 119. Dissertation. [viitattu 27.1.2014]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-2656-7>

Lähdesmäki, L., Tala, S. & Lautamaja, M. 2008. Liikkumisreseptin alueellinen toteuttaminen ja vaikutusten arviointi. Hanke- ja jatkohankeraportti.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. [viitattu 24.6.2015].

Saatavissa: <http://www.epshp.fi>

Lätti, M., Sihvonen, M., Myllyntausta, M., Ruohonen, K. & Penttinen, S. 2013. Kaatumisten ehkäisy Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä. Raportti. Tulosteet tekijällä.

Maailman terveysjärjestö. 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion. [viitattu 8.12.2014]. Saatavissa: <http://www.who.int>

Marks, R. 2010. Hip Fracture Epidemiological Trends, Outcomes, and Risk factors 1970–2009. *International Journal of General Medicine* 3, 1–17.

McCollum, G. & Hanes, D. A. 2010. Symmetries of the Central Vestibular System: Forming Movements for Gravity and a Three-Dimensional World. *Symmetry* 2, 1544–1558.

McDonald, S., O'Brien, N., White, M. & Sniehotta, F. F. 2015. Changes in physical activity during the retirement transition: a theory-based, qualitative in study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 12:25. [viitattu 12.3.2015]. Saatavissa: <http://www.ijbnpa.org>

Miles, M. B. & Huberman, A. M. 1994. *Qualitative Data Analysis*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications.

Miller, W. & Rollnick, S. 2002. *Motivational Interviewing. Preparing people for change*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.

Murto, J., Sainio, P., Pentala, O., Koskela, T., Luoma, M.-L., Koponen, P., Kaikkonen, R. & Koskinen, S. 2014. Ikääntyneen väestön hyvinvointi, terveys, toimintakyky ja palveluiden saanti – ATH-tutkimuksen tuloksia. Teoksessa A. Noro & H. Alastalo (toim.) *Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa 2013. Raportti 13/2014*. Helsinki: Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos, 86–118.

Mänty, M. 2010. Early Signs of Mobility Decline and Physical Activity Counseling as a Preventive Intervention in Older People. University of Jyväskylä. Studies in Sport, Physical Education and Health 147. Dissertation. [viitattu 5.1.2014]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-3882-6>

Nagi, S. Z. 1976. An Epidemiology of Disability among Adults in the United States. The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society 54 (4), 439–467.

Ngandu, T., Lehtisalo, J., Salomon, A., Levälahti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, J., Lindström, J., Mangialasche, F., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, Rainer., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., Soininen, H. & Kivipelto, M. 2015. A 2-year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. The Lancet 12.3.2015. [viitattu 13.3.2015]. Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com>

Nikander, R., Karinkanta, S., Lepola, V. & Sievänen, H. 2006. Luuliikunta. Lapsuudesta vanhuuteen – unohtamatta osteoporoosia sairastavia. Tampere: Suomen Osteoporoosiliitto ja UKK-instituutti.

Nikander, R., Sievänen, H., Heinonen, A., Daly, R. M., Uusi-Rasi, K. & Kannus, P. 2010. Targeted exercise against osteoporosis: A systematic review and meta-analysis for optimising bone strength throughout life. BioMed Central Medicine 8 (47). [viitattu 12.3.2015]. Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf>

Nonaka, I. & Takeuchi, H. 1995. The Knowledge-Creating Company. How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation. New York: Oxford University.

Nupponen, R. & Suni, J. 2011. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) Terveysliikunta. Helsinki: Duodecim, 212–226.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYPro.

Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2014. Täydentävä TAE2015. Ehdotus hallituksen rakennepoliittiseen ohjelmaan terveyttä ja hyvinvointia edistävän liikunnan lisäämiseksi. [viitattu 27.4.2015]. Saatavissa: <http://www.2014.vm.fi>

Pajala, S. 2006. Postural Balance and Susceptibility to Falls in Older Women. Genetic and Environmental Influences in Single and Dual Task Situations. University of Jyväskylä. Studies in Sport, Physical Education and Health 116. Dissertation. [viitattu 9.10.2014]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-2572-2>

Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Opas 16. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos.

Pakkala, I. 2008. Facultas toimintakyvyn arviointi. Krooninen kipu. Helsinki: Duodecim ja Työeläkevakuuttajat TELA.

Pakkala, I., Read, S., Leinonen, R., Hirvensalo, M., Lintunen, T., Rantanen, T. 2008. The effects of physical activity counseling on mood among 75- to 81-year-old people: A randomized controlled trial. Preventive Medicine 46, 412–418.

Palonen, M., Takala, K., Pohjolainen, P. & Tiihonen, A. 2011. KOTONA KUNNOSSA – Ikäihmisen toimintakyvyn tukeminen kotikuntoutuksen keinoin. Kotona kunnossa (KOKU) -projekti. Käpyrinne ry, Raha-automaattiyhdistys & Ikäinstituutti. [viitattu 20.3.2015]. Saatavissa: <http://www.kapyrinne.fi>

Palvanen, M., Kannus, P., Piirtola, M., Niemi, S., Parkkari, J. & Järvinen, M. 2014. Effectiveness of the Chaos Falls Clinic in preventing falls and injuries of home-dwelling older adults: A randomised controlled trial. *Injury* 45 (1), 265–271.

Paronen, O. & Nupponen, R. 2011. Terveiden ja liikunnan edistäminen. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) *Terveysliikunta*. Helsinki: Duodecim, 186–196.

Partala, A. 2009. Fyysisen aktiivisuuden ja toimintakyvyn yhteys ikääntyneiden hyvinvointiin Suomessa. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteiden laitos. Liikuntapedagogiikan pro gradu -tutkielma. [viitattu 27.1.2014]. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi>

Paukkunen, L. 2010. Moniammatillista asiantuntijayhteistyötä hyvän vanhuuden tukemiseksi. Kuvaus fysioterapian ja vanhusten avopalvelujen yhteistyöstä. Metropolia ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. YAMK-työ. [viitattu 11.12.2014]. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/>

Pelo-Arkko, K. 2009. Ikääntyvän ihmisen liikuntaneuvonnan avulla kohti pysyvämpää muutosta. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan laitos. YAMK-työ. [viitattu 1.1.2014]. Saatavissa: <http://www.theseus.fi/>

Penttinen, S. 2013. Kaatumisten ehkäisy vastaanotolla ja kotisairaanhoidossa. Tulosteet tekijällä.

Piirtola, M. 2011. Fractures in Older People – incidence, predictors and consequences. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Kliininen laitos. Sarja D, osa 966. Väitöskirja. [viitattu 11.12.2014]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-4637-2>

Pirttilä, T. & Nybo, T. 2004. Kipu ja kognitio. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 120 (2), 199–205.

Pitney, W. A. & Parker, J. 2009. *Qualitative Research in Physical Activity and the Health Professions*. Illinois: Human Kinetics.

Portegijs, E., Edgren, J., Salpakoski, A., Kallinen, M., Rantanen, T., Alen, M., Kiviranta, I., Sihvonen, S. & Sipilä, S. 2012. Balance Confidence Was Associated With Mobility and Balance Performance in Older People With Fall-Related Hip Fracture: A Cross-Sectional Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 93 (12), 2340–2346.

Prochaska, J. 2008. Decision Making in the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Medical Decision Making* 28, 845–849.

Pynnönen, K., Sakari-Rantala, R. & Lyyra, T.-M. 2007. Sosiaalinen inaktiivisuus ennustaa iäkkäiden laitoshoidon sijoittumista. *Gerontologia* 21 (1), 27–36.

Pyykkö, I. & Jäntti, P. 2014. Ikähuimaus ja tasapainon hallinta. *Suomen Lääkärilehti* 47 (69), 3181–3187a.

Rantanen, T. 2013. Promoting Mobility in Older People. *Journal of Preventive Medicine & Public Health* 46, S50–S54.

Rasinaho, M., Hirvensalo, M., Leinonen, R., Lintunen, T. & Rantanen, T. 2006. Motives for and Barriers to Physical Activity Among Older Adults With Mobility Limitations. *Journal of Aging and Physical Activity* 15, 90–102.

Raunio, P. 2013. Kotiuttavalla kuntoutuksella laadukkaita vuosia ikäihmisen elämään. Ilveskodin palvelumalli. Hämeen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen. YAMK-työ. [viitattu 12.12.2014]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201303113145>

Reinstein, D. Z., Archer, T. J., Couch, D., Schroede, E., Wottke, M. 2005. A New Night Vision Disturbances Parameter and Contrast Sensivity as Indicators of Success in Wavefront-guided Enhancement. *Journal of Refractive Surgery* 21, S535–S540.

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Helsinki: Tammi.

Rovio, E., Klemola, U., Lautamatti, L. & Tiihonen, A. 2007. Toimintatutkimuksen ohjaaminen. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2. tark. painos. Helsinki: Kansanvalistusseura, 131–142.

Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. 2005. Motivational Interviewing: a Systematic Review and Meta-analysis. The British Journal of General Practice 55 (513), 305–312.

Ruoppila, I. 2014. Ikääntyminen ja psyykkinen toimintakyky. Teoksessa J. Leikas (toim.) Ikätekniologia. Tutkimuksia 2/14. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 41–57.

Ruotsala, A. 2010. Ikäihmisen osallisuuden vahvistaminen kotiinkuntoutustoiminnassa. Metropolia ammattikorkeakoulu. Kuntoutuksen koulutusohjelma. YAMK-työ. [viitattu 11.12.2014]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010121418161>

Rättö, H., Linnosmaa, I. & Kapiainen, S. 2014. Ikääntyneiden palvelujen käytön ja kustannusten kehityslinjoja. Teoksessa A. Noro & H. Alastalo (toim.) Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa 2013. Raportti 13/2014. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 42–55.

Saari, P. 2007. Kaatumiset ja kaatumistapaturmat. Teoksessa T. Lyyra, A. Pikkarainen & P. Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita, 201–214.

Sakari, R. 2013a. Iäkkäiden ihmisten liikkumiskyky muovautuu monesta tekijästä. Fysioterapia 5, 4–9.

Sakari, R. 2013b. Mobility and Its Decline in Old Age. Determinants and Associated Factors. University of Jyväskylä. Studies in Sport, Education

and Health 190. Dissertation. [viitattu 5.2.2014]. Saatavissa:
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-5063-7>

Salpakoski, A., Törmäkangas, T., Edgren, J., Sihvonen, S., Pekkonen, M., Heinonen, A., Pesola, M., Kallinen, M., Rantanen, T. & Sipilä, S. 2014. Walking Recovery after a Hip Fracture: A Prospective Follow-Up Study among Community-Dwelling over 60-Year Men and Women. *BioMed Research International* 289549. [viitattu 4.2.2014]. Saatavissa:
<http://www.hindawi.com>

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveysten edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveysten edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3/2005. Helsinki: Terveysten edistämisen keskus ry.

Scheffer, A. C., Schuurmans, M. J., van Dijk, N., van der Hooft, T. & de Rooij, S. E. 2008. Fear of Falling: Measurement Strategy, Prevalence, Risk factors and Consequences among Older Persons. *Age and Ageing* 37, 19–24.

Sjösten, N. M., Salonoja, M., Piirtola, M., Vahlberg, T., Isoaho, R., Hyttinen, H., Aarnio, P. & Kivelä, S.-L. 2007. A multifactorial fall prevention programme in home-dwelling elderly people: A randomized-controlled trial. *Public Health* 121, 308–318.

Smith, L., Fisher, A. & Hamer, M. 2015. Television viewing time and risk of incident obesity and central obesity: the English longitudinal study of ageing. *BioMed Central Obesity* 2:12. [viitattu 12.3.2015]. Saatavissa:
<http://www.biomedcentral.com>

Stakes. 2013. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 6. painos. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Stevenson, J. A. 2005. Fall among older adults – risk factors and prevention strategies. *Journal of Safety Research* 36, 409–411.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveysliikunnan laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:6. [viitattu 5.2.2014]. Saatavissa: <http://www.stm.fi>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. [viitattu 1.1.2014]. Saatavissa: <http://www.stm.fi>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva-työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28. [viitattu 26.2.2015]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225753>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012–2015. [viitattu 11.11.2014]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3328-6>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. [viitattu 17.11.2014]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013b. Muutosta liikkeellä. Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [viitattu 20.10.2014]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3412-2>

Sulander, T. 2013. Elintavat ja toimintakyvyn moniulotteisuus terveyden ennustajina. Suosituksia interventtioiden ja tukiohjelmien tueksi. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2013:6. [viitattu 24.5.2015]. Saatavissa: <http://helda.helsinki.fi>

Suni, J. & Vasankari, T. Terveyskunto ja fyysinen toimintakyky. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) Terveysliikunta. Helsinki: Duodecim, 32–42.

Suomen virallinen tilasto. 2012. Väestöennuste. Helsinki: Tilastokeskus. [viitattu: 4.5.2015]. Saatavissa: <http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012>

Suomen virallinen tilasto. 2013. Kuolemansyyt. Helsinki: Tilastokeskus. [viitattu: 9.2.2015]. Saatavissa: <http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013>

Suomen virallinen tilasto. 2015. Väestörakenne. Helsinki: Tilastokeskus. [viitattu: 24.6.2015]. Saatavissa: <http://www.stat.fi/til/vaerak/tau.html>

Tammelin, T., Laine, K. & Turpeinen, S. 2013. Oppilaiden fyysinen aktiivisuus. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 272. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö.

Tan, J. S. L., Wang, J. J., Flood, V., Rochtchina, E., Smith, W. & Mitchell, P. 2008. Dietary Antioxidants and the Long-term Incidence of Age-Related Macular Degeneration. The Blue Mountains Eye Study. *Ophthalmology* 115, 334–341.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Kanta-Hämeen pelastusalue. Tapaturmakatsaus. [viitattu 20.10.2014]. Saatavissa <http://www.thl.fi>

Tiihonen, A. 2014. Liikuntakulttuurin käsitteet muuttuvat ja muuttavat. Valtion liikuntaneuvoston julkaisuja 2014:6. Opetus- ja kulttuuriministeriö. [viitattu 8.12.2014]. Saatavissa: <http://www.liikuntaneuvosto.fi>

Tiikkainen, P. & Lyyra, T. 2007. Sosiaaliset suhteet. Teoksessa T. Lyyra, A. Pikkarainen & P. Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita, 69–86.

Timonen, K., West, R. & Riusala, A. 2014. Kuntouttava hoitotyö vähensi vuodepaikat kolmannekseen. *Suomen Lääkärilehti* 15 (69), 1163–1164.

Tinetti, M. E. & Kumar, C. 2010. The Patient Who Falls ” It’s Always a Trade-off”. The Journal of the American Medical Association 303 (3), 258–266.

Tremblay, M.-E., Zettel, M. L., Ison, J. R., Allen, P. D. & Majewska, A. K. 2012. Effects of Aging and Sensory Loss on Glial Cells in Mouse Visual and Auditory Cortices. GLIA 60, 541–558.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uud. painos. Helsinki: Tammi.

UKK-instituutti. 2011a. Terveysliikuntasuositukset. [viitattu 28.1.2014]. Saatavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi>

UKK-instituutti. 2011b. Vähän liikkuvien liikuntaneuvonta. [viitattu 10.2.2014]. Saatavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi>

Valli, R. 2010a. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa J. Aaltoila & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 3. uud. täyd.painos. Jyväskylä: PS-Kustannus, 103–127.

Valli, R. 2010b. Vastaaja asettaa tulkinnalle haasteita. Teoksessa J. Aaltoila & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 3. uud. täyd. painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 236–250.

Valtioneuvosto. 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelma. [viitattu 14.1.2014]. Saatavissa <http://valtioneuvosto.fi>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Valtion neuvottelukunnan asettama työryhmä. [viitattu 25.5.2015]. Saatavissa: <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi>

Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoof, S. K. & Jäppinen, S. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö.

Vasankari, T. 2014. Rungas istuminen lisää kuolemanriskiä. Suomen Lääkärilehti 25–32 (69), 1867–1870a.

Verbrugge, L. M. & Jette, A. M. 1994. The Disablement Process. Social Science & Medicine 38 (1), 1–14.

Vihersaari-Virtanen, S. 2007. Organisatorinen oikeudenmukaisuus terveydenhuollon johtajien kokemana. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Pro gradu -tutkielma. [viitattu 2.3.2015]. Saatavissa: <http://www2.uef.fi/fi/stj/pro-gradut>

Vilkka, H. 2007. Tutki ja havainnoi. 1.–2. painos. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita.

Vuori, I. 2011. Ikääntyvät ja vanhukset. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) Terveystalouden laitos. Helsinki: Duodecim, 88–104.

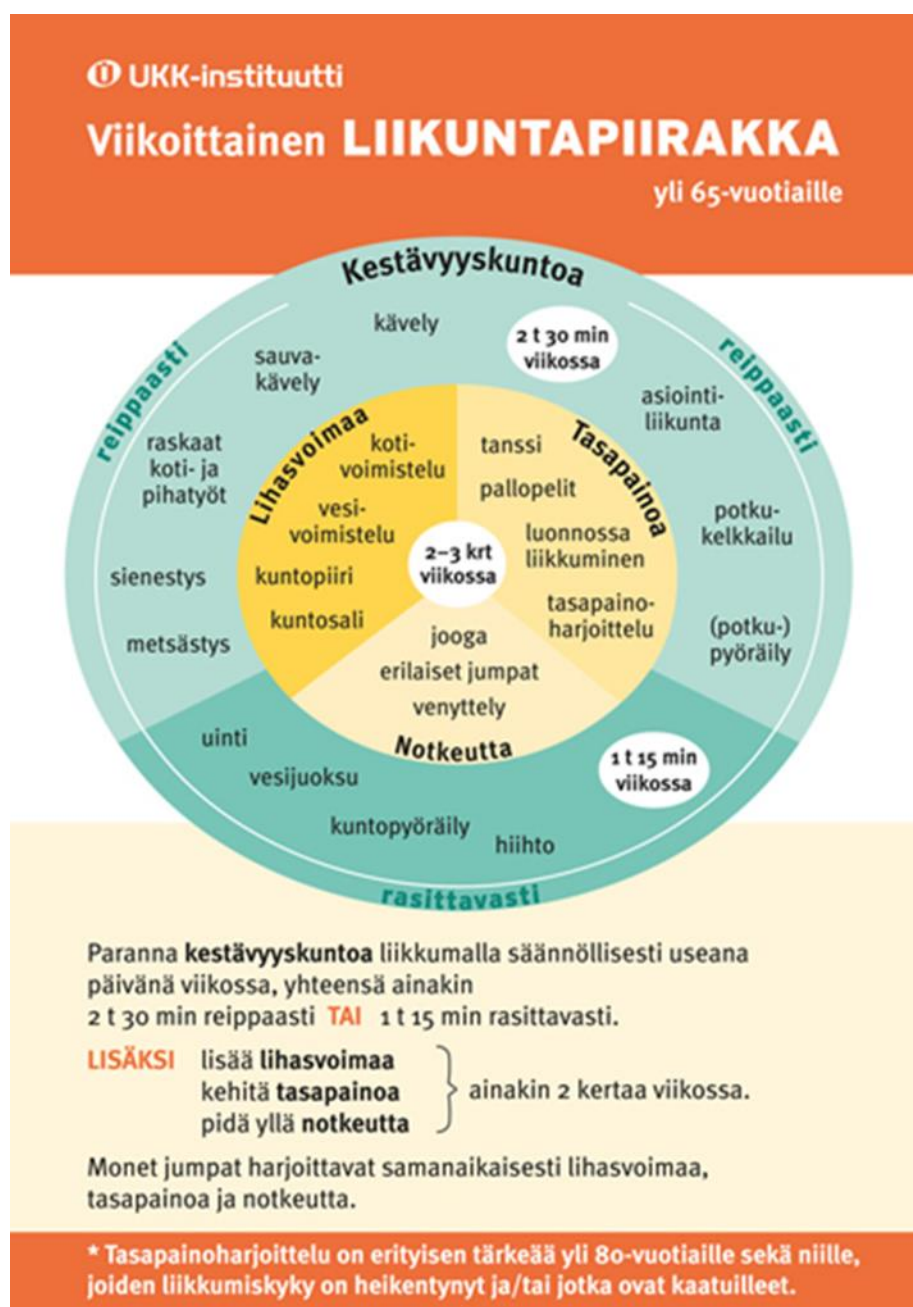
Vuori, I. 2013. Liikuntaan ohjaaminen kuuluu terveydenhuollon tehtäviin. Suomen Lääkärilehti 23 (68), 1755–1760.

von Bonsdorff, M. B. 2009. Physical Activity as a Predictor of Disability and Social and Health Service Use in Older People. University of Jyväskylä. Studies in Sport, Education and Health 141. Dissertation. [viitattu 27.12.2013]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-3674-7>

von Bonsdorff, M. B., Leinonen, R., Kujala, U. M., Heikkinen, E., Törmäkangas, T., Hirvensalo, M., Rasinaho, M., Karhula, S., Mänty, M. & Rantanen, T. 2008. Effect of Physical Activity Counseling on Disability among Older People: A 2-year RCT. *Journal of the American Geriatrics Society* 56, 2188–2194.

LIITTEET

LIITE 1. Terveysliikuntasuositus yli 65-vuotiaille (UKK-instituutti 2011a)



LIITE 2. Kaatumisvaaran arviointilomake kotona asuville (Pajala 2012, 146)



Kotona asuvat iäkkäät LYHYT KAATUMISVAARAN ARVIOINTI (FROP-Com Screen, Falls Risk for Older People)					
Nimi:					
Syntymäaika:					
Osoite / osasto / huone:					
Asumismuoto: yksin / itsenäisesti / tuetusti					
Arvioinnin tekijä					
Arviointipäivämäärä (pv/kk/vv)					
				ARVIOINTIPISTEET	
KAATUMISHISTORIA					
Kaatumiset edeltävän 12 kk aikana	Ei yhtään	(0 p.)			
	Yksi kaatuminen	(1 p.)			
	Kaksi kaatumista	(2 p.)			
	Kolme kaatumista tai enemmän	(3 p.)			
PÄIVITTÄINEN TOIMINTAKYKY					
Kuinka paljon henkilö tarvitsee apua päivittäisissä toimissa kotona (ruuanlaitto, siivous, pyykki yms. kotityöt)? Jos kaatunut, kirjataan tilanne ennen kaatumista.	Täysin itsenäinen	(0 p.)			
	Selviytyy vähäisen avun turvin	(1 p.)			
	Tarvitsee paljon apua	(2 p.)			
	Tarvitsee apua lähes kaikissa toiminnoissa (3)	(3 p.)			
TASAPAINOKYKY					
Henkilöä pyydetään nousemaan istumasta seisomaan, kävelemään muutaman metrin eteenpäin, kääntymään ja palaamaan takaisin istumaan. Jos apuväline käytössä, tehdään suoritus sen kanssa. Jos tasapainokyky vaihtelee suorituksen eri vaiheissa, pisteytys heikoimman vaiheen suorituksen mukaan.	Ei havaittavaa tasapainon heikkoutta	(0 p.)			
	Jonkin verran tasapainon heikkoutta	(1 p.)			
	Selvästi heikentynyt tasapaino (tarvitsee hieman apua tai käyttää apuvälinettä)	(2 p.)			
	Tarvitsee jatkuvasti apua tai ei pysty lainkaan suoriutukseen	(3 p.)			
PISTEET YHTEENSÄ					

Pisteet	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kuinka paljon suurentunut kaatumisvaara	0,25 kertainen		0,7 kertainen		1,4 kertainen		4,0 kertainen		7,7 kertainen	
Kaatumisvaara	0–3 lievästi kohonnut			4–7 kohonnut			8–9 erittäin korkea			
Toimenpiteet	Tasapainokyvyn ylläpitäminen Liikuntakyvyn ylläpitäminen			Kaatumisvaaran kokonaisvaltainen arviointi ja yksilöllisten ehkäisytoimien toteutus			Välitön kaatumisvaaran kokonaisvaltainen arviointi ja toimenpiteiden käynnistäminen			

Lähde: Australian Guideline, community care. FROP-COM Screen (Mukaeltu), Russell MA, Hill KJ, Blackburn I, Day LM, O'Hanrahan SC. The reliability and predictive accuracy of the falls risk for older people in the community assessment FROP-Com Screen (Falls Risk for Older People) tool. Age Ageing. 2008 Nov;37(6):634-9. Suomeksi kääntänyt ©TIIK, IKINÄ, www.tapaturmat.fi

SUORITUSOHJE

- Arvioinnin tekijä kullakin arviointikerralla merkitsee lomakkeeseen arviointipäivämäärän ja omat nimikirjaimensa.
- Jokaisesta arvioitavasta kohdasta valitaan yksi arvioitavan henkilön tilaa parhaiten kuvaava vaihtoehto.
 - jos henkilön tila vaihtelee, valitaan heikointa tilannetta/toimintakykyä vastaava vaihtoehto.
- Lasketaan yhteen osioiden pisteet, määritellään kaatumisvaara ja jatkotoimet.

LIITE 3. Kehittämishankkeen osallistumissuostumus

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan laitos
Kuntoutus, YAMK
Pilvi Nieminen

22.5.2014

SUOSTUMUS TUTKIMUKSELLISEEN KEHITTÄMISHANKKEESEEN OSALLISTUMISESTA

Osallistun Pilvi Niemisen tutkimuksellisen kehittämishankkeen eri vaiheisiin; kyselyyn, kehittämisiltapäivään ja vapaamuotoiseen keskusteluun. Tutkimukselliseen kehittämishankkeeseen kuuluu osallistuva havainnointi. Kerättyä aineistoa hyödynnetään vain kehittämishankkeessa. Kehittämishankkeesta saatuja tuloksia ja tuotosta - liikuntaneuvonnan toimintamallia hyödynnetään työelämässä. Aineisto tuhotaan kehittämishankkeen valmistuttua.

_____._____.2014 _____
paikka pvm nimi

Takaan kehittämishankkeeseen osallistuvilla henkilöillä tunnistamattomuuden

Syvänoijalla, 22.5.2014

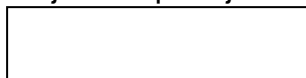
Pilvi Nieminen

LIITE 4. Kyselyn saatekirje

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan laitos
Kuntoutus, YAMK
Pilvi Nieminen

22.5.2014

Ohjaava opettaja



KYSELYN SAATEKIRJE

Kyseessä on Lahden ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon kuntoutuksen koulutusohjelman opinnäytetyö. Kehittämishankkeen tarkoituksena on Hausjärven kotihoidon, kotisairaanhoidon ja terveysasemien vastaanottojen hoitohenkilökunnan liikuntaneuvontataitojen kehittäminen. Kehittämishankkeen tavoitteena on kuvata hoitohenkilökunnan liikuntaneuvonnan nykyosaamista ja tuottaa yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa liikuntaneuvontaan toimintamalli liittyen ikäihmisen kotona selviytymiseen ja kaatumisten ehkäisyyn.

Liikuntaneuvontataitojen nykyosaamisen kuvaaminen on tarkoitus selvittää kyselyllä, jonka tuloksia hyödynnetään kehittämisiltapäivässä. Tämän vuoksi on tärkeää, että vastaat jokaiseen kysymykseen. Näin saat selville taitosi tason ja osaan kertoa tarkoituksenmukaisia asioita kehittämisiltapäivässä, jotta sinä hyödyt kehittämisiltapäivästä mahdollisimman paljon. Käsittelen saatuja tietoja ehdottoman luottamuksellisesti.

Kehittämisiltapäivän aikana luodaan myös liikuntaneuvonnan toimintamalli, jota kokeillaan käytännön työssä noin neljän kuukauden ajan. Tämän jälkeen toimintamallia arvioidaan keskustellen ja tehdään tarvittavat korjaukset. Liikuntaneuvonnan toimintamallin avulla on tarkoitus tukea ikäihmisten selviytymistä arjessa heidän omissa kodeissaan.

Kysely palautetaan sille osoitettuun kannelliseen laatikkoon tämän tilaisuuden lopuksi. Kiitos jo etukäteen vastauksistasi.

Terv.

Pilvi Nieminen



Kysymykset ovat kaikille lukuun ottamatta viimeistä sivua, jossa kysymyksiä on jaoteltu.

Avoimiin kysymyksiin saat kirjoittaa aiheesta vapaasti ja suljettuihin kysymyksiin voit laittaa rastin (X) valitsemaasi kohtaan.

Vastaathan jokaiseen kysymykseen, jotta pystyn hyödyntämään vastauksiasi kehittämisiltapäivän suunnittelussa.

1. Mitä liikuntaneuvonta mielestäsi tarkoittaa?

2. Mitä asioita huomioit antaessasi asiakkaalle liikuntaneuvontaa?

3. Kuinka usein annat asiakkaalle liikuntaneuvontaa?

Päivittäin __ viikoittain __ kuukausittain ____ harvoin/ei koskaan ____

4. Oletko ollut koulutuksessa, joka on sisältänyt opetusta tai harjoituksia liikuntaneuvonnasta?

Kyllä ____, _____ kertaa

En ____

5. Tiedätkö paikallisista ikäihmisten ryhmistä, tapahtumista tai kerhoista, myös ei liikunnallisista?

Kyllä _____, olen ohjannut myös osallistumaan _____ kertaa En _____

6. Miten kaatumisia voi mielestäsi ehkäistä?

7. Mitä haluaisit oppia liikuntaneuvonnasta ja / tai toimintakyvystä ja / tai kaatumisten ehkäisystä, jotta asiakas selviytyisi kotonaan pidempään?

8. Käytätkö motivoivan haastattelun menetelmää asiakastapaamisissa?

Kyllä _____ En _____

9. Kuinka kauan olet tehnyt nykyistä työtäsi?

_____ vuotta _____ kuukautta

10. Miten pidät yllä omaa toimintakykyäsi?

Kysymysnumero 11 **kotihoiton ja kotisairaanhoidon henkilökunnalle**

11. Onko mielestäsi hoito- ja palvelusuunnitelmassa ollut mainintaa liikuntaneuvonnan antamisesta asiakkaalle?

Kyllä _____, _____ kertaa

Ei _____

Kysymysnumerot 12 ja 13 **vastaanoton ja kotisairaanhoidon henkilökunnalle**

12. Miksi FROP-lomake on mielestäsi jäänyt vähäiselle käytölle?

13. Tuleeko mieleesi keinoja, joilla FROP-lomaketta tulisi käytettyä ja täytettyä useammin?

14. Mitä muuta haluaisit kertoa?

Tarkistathan vielä, että olet vastannut jokaiseen kysymykseen.

Kiitos paljon ajastasi!

Ft Pilvi Nieminen

LIITE 6. Esimerkki soveltavasta sisällönanalyysistä, pääluokkana kaatumisten ehkäisyn tekijöitä

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
”Mattojen poisto lattioilta” ”Mattoihin liukuesteet” ”Mattojen siirtäminen” ”Koti turvalliseksi-kaatumisen ehkäisy, (matot, huonekalut, tukikahvat ym.)”	Mattojen huomiointi	Turvallisuus	Ympäristötekijät
”Kunnolliset jalkineet” ”Kunnon kengillä talvella, kesälläkin (talvi:kenkiin laitettavilla piikeillä)” ”Liukuestesukkien käyttäminen/ tossujen käyttäminen/vaihtaminen” ”Liukuestesukilla”	Jalkoihin laitettavien asusteiden huomiointi		
”Tavarat oikealla korkeudella” ”Tuolit ym. sopivalle korkeudelle” ”Seiniin nousutuet, liiat tavarat karsittava” ”Esteiden poistamisella”	Esineiden sijoittelu		
”Riittävä valaistus” ”Valaistus ja matot ovat myös tärkeitä”	Valaistuksen huomiointi		
”Väljät tilat” ”Esteetön koti” ”Koti mahdollisimman esteettömäksi”	Esteettömyys	Liikkumisen sujuvuus	
”Tarvittaessa apuvälineet valittu ja käytetty oikein/tarkoituksenmukaisesti” ”Apuvälineillä” ”Apuvälineiden käytöllä”	Apuvälineiden käyttäminen		
”Lääkitysten tarkistus” ”Oikeanlainen lääkitys asiakkaalla” ”Lääkityksen ajoittainen tarkistus”	Lääkitysten tarkastaminen	Sairauksiin liittyvien asioiden huomiointi	Asiakaslähtöiset tekijät
”Rauhallisesti pitää lähteä liikkeelle” ”Huimausten selvittäminen” ”Lääkitysten tarkistus (aiheuttavatko huimausta)”	Huimauksien huomiointi		
”Perussairauksien hyvästä hoito- tasapainosta huolehtimisella” ”Perussairauksien hyvä hoito” ”Sairauksien hyvä hoito”	Sairauksien hyvä hoito		
”Tasapainoharjoituksin” ”Tasapainoharjoitukset” ”Tasapainoharjoittelun avulla”	Tasapainoharjoittelu	Fyysinen toimintakyky	
”Hyvä fyysinen kunto” ”Hyvällä lihaskunnolla” ”Hyvän lihaskunnan myötä” ”Peruskunnon ylläpitäminen (ikä yms. huomioiden)”	Lihaskunnon merkitys		